

WV

18

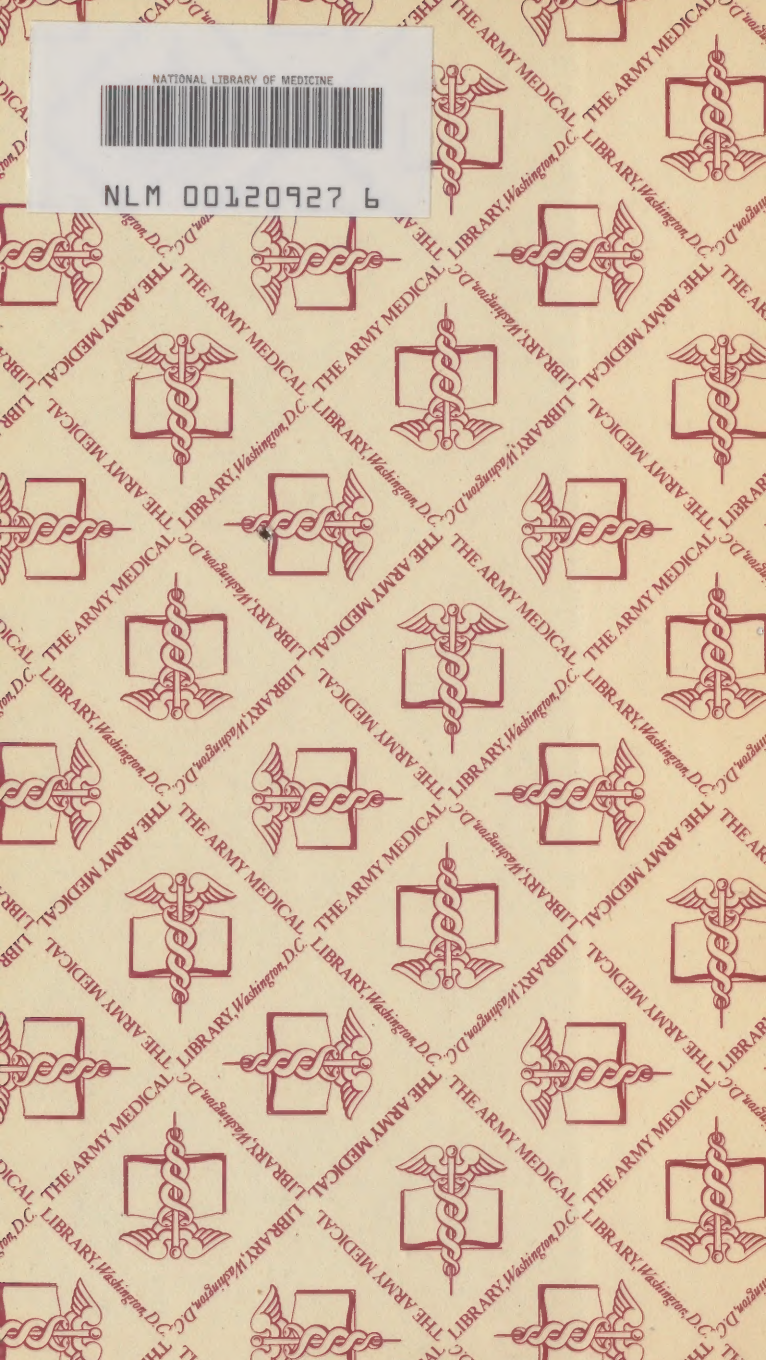
D392p

1914

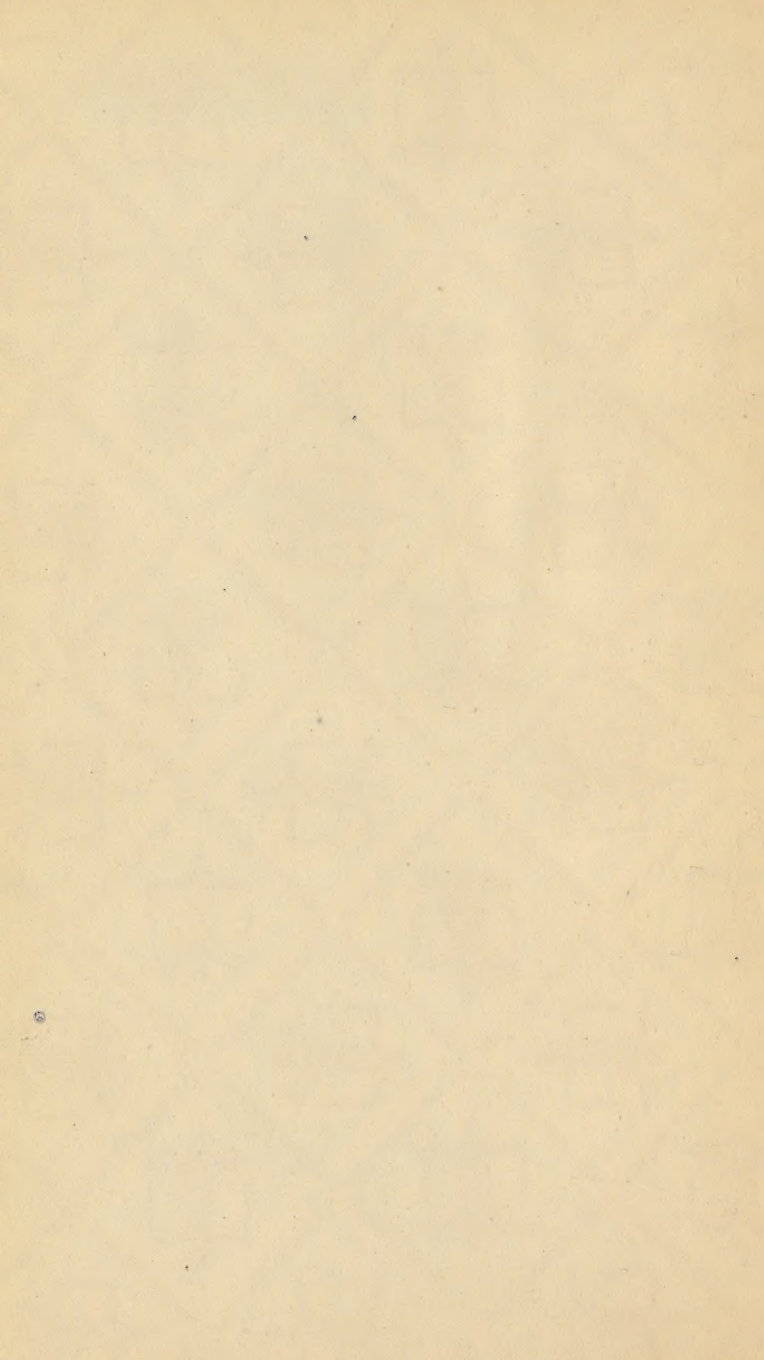
NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



NLM 00120927 6







UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN MARCOS

===== FACULTAD DE MEDICINA =====

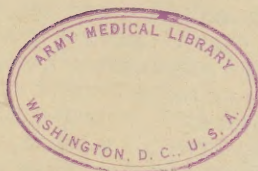
Concurso de 1914

© PROGRAMA ©

de oto - rino - larin-

gología.

Dr. Juvenal Denegri



Imprenta y Fábrica de Fotgrabados
Sanmartí y Ca. Lima
Calle de San Pedro, 388 y 392—57346

Annex

WV

18

D392p

1914

NATIONAL INSTITUTE OF MEDICINE

BETHESDA, MARYLAND 20014



OTOLOGIA

I ANATOMIA DEL OIDO

A.) División del órgano del oído en dos partes principales:

- a) El aparato de transmisión del sonido.
- b) El aparato de percepción del sonido.

El primero comprende, el *oído externo*: pabellón y conducto auditivo externo; el *oído medio*: membrana del tímpano, caja, huesecillos, trompa de Eustaquio y apófisis mastoides,

El segundo esta formado por el *oído interno*: laberinto, nervio auditivo y sistema nervioso central.

B). Anatomía macroscópica, microscópica y topográfica.

a) Aparato de transmisión del sonido,

1. Pabellón del oído.- Anillos cartilajinosos que lo forman.- Hélix y Antélix.- Trago y Antitrago.- Lóbulo.- Concha.- Cisura intertrágica é inter-trago-helicina.- Ligamentos que fijan el pabellón.- Músculos del pabellón.- Histología del pabellón.- Está formado por cartilago elástico con pericondro y cubierta cutánea.

2. Conducto auditivo externo. Formado por una parte fibro-cartilaginosa y otra parte ósea.- Forma del fibro-cartilago.- Cisuras de Santorini.

3. Hueso temporal.- Está formado por tres segmentos fácilmente aislables en el recién nacido: *a* escama del temporal; *b* porción timpánica(círculo timpantal)*c* porción petrosa(peñasco)Relaciones anatómicas del hueso temporal.

a) Escama del temporal.- Su anatomía.- Relaciones. Apófosis sigomática; sus raíces.- Línea temporal.- Su importancia en la cirugía otológica, Fisura petro-esca-mosa.-Su importancia en la fisiología patológica de las otitis supuradas medias,

b) Porción timpánica.- Conducto auditivo.- Círculo timpantal.- Particularidades anatómicas del conducto auditivo en el recién nacido.- Conducto auditivo en el adulto. Relaciones con los órganos vecinos.- Espina suprameática de Henle.- Su importancia en la cirugía del oído - Dirección del conducto auditivo.- Consecuencias prácticas que para el examen del tímpano se deducen del conocimiento de las sinuosidades del conducto.- Dimensiones del conducto.- Su anchura.- Estructura del conducto auditivo; glándulas sebáceas, sudoríparas y ceruminosas.- Cerúmen.

c) Peñasco.- Su forma - Sus relaciones con los órganos vecinos.- Organos importantes vasculares y nerviosos que contiene.- Porción mastoidea.- Nociones anatómicas importantes de conocer en el recién nacido, en la niñez y en el adulto.- Células mastoideas - Estructura de la porción mastoidea: neumática, diploética y esclerosa. Antro-mastoideo, su situación; sus relaciones con la espina de Henle, el canal semicircular horizontal y el facial. Apófosis mastoides. Sus relaciones con los órganos vecinos, Corticales externa é interna. Senos de la dura madre. Seno lateral. Agujero mastoideo. Golfo de la vena yugular. Sus relaciones.

4. Membrana del tímpano. Su dirección. Su aspecto. Apófisis corta del martillo. Mango del martillo. Ombligo. Triangulo luminoso. Segmento de Rivinus. Ligamentos tímpano-maleolares anterior y posterior. Membrana de Schrapnell. División de la membrana timpánica en cuatro segmentos ó cuadrantes. Importancia de esta división bajo el punto de vista patológico. Estructura del tímpano. Estructura de la membrana de Schrapnell.

5. Caja del tímpano. Sus paredes: externa ó timpánica; interna ó promontorio; inferior ó receso hipotimpánico de Kretschmann; anterior; superior ó ático. Huesecillos del oído: martillo, yunque y estribo. Músculos de los huesecillos: músculo del estribo, músculo del martillo. Mecanismo de los movimientos. Articulaciones. Ligamentos. Histología de la mucosa de la caja del tímpano. Repliegues de la mucosa. Sacos, Saco anterior de Tröltsch. Saco posterior de Tröltsch. Saco de Prussak.

6. Trompa de Eustaquio. Su forma: dirección, relaciones con la caja del tímpano. Su estructura: Músculo Petro salpingo-estafilino. Músculo Esfenos-alpingo-estafilino. Músculo salpingo-faríngeo.

b) Aparato de percepción del sonido.

1. Laberinto óseo. Está formado por la cápsula ósea que contiene el laberinto membranoso. Vestíbulo. Canales semicirculares. Caracol.

2. Laberinto membranoso. Su fijación en el laberinto óseo. Perilinf. Endolinf. Utrículo. Sáculo.

3. Nervio auditivo. Su terminación en el laberinto membranoso. Su división en dos raíces: la vestibular y la coclear. Trayecto intracraneano del nervio acústico. Su raíz real y su raíz aparente.

Histología del aparato de percepción.

Vasos y nervios del oído. Linfáticos.

II FISILOGIA

El órgano auditivo sirve para oír y regular el equilibrio del cuerpo, Función del pabellón, Audición binauricular. Función del conducto auditivo externo y de la membrana timpánica. Fisiología de la cadena de huesecillos. Teoría de Helmholtz. Teoría de Secchi. Discusión de estas teorías. Fisiología del laberinto. Teoría de Bonnier.

III METODOS DE EXÁMEN

Dos elementos para establecer un diagnóstico seguro: los conmemorativos ó anamnesis y el examen del enfermo,

A) Anamnesis. Edad; profesión; duración y marcha de la afección; causas; trastornos subjetivos, tratamiento anterior.

B) Exámen del enfermo.

Comprende el examen del estado general y el del oído. Un examen completo del oído comprende 1º la inspección, 2º la palpación, 3º otoscopia, 4º la exploración con el estílete, 5º la percusión de la apófisis, 6º la radiografía, 7º examen de la función auditiva 8º la rinoscopia anterior y posterior y la faringoscopia, 9º el cateterismo de la trompa, 10º el examen médico, 11º la investigación de la simulación, 12º el examen bacteriológico é histológico,

1 Inspección. Permite reconocer las afecciones del pabellón de la oreja y de su vecindad.

2 Palpación. Controla los datos suministrados por la vista.

3 Otoscopia.

a) Alumbrado. Luz directa y refleja. Ventajas de la última. Reflectores. Espejo frontal. Fuente luminosa: luz solar ó luz artificial: bujías, lámparas de petróleo ó alcohol, luz eléctrica, gaz con camiseta Auer. Espejo de Clar y fotóforo frontal,

b) Posición del médico y del enfermo.

c) Examen del conducto auditivo.

Sin instrumentos. Datos importantes que suministra.

Con especulum. Especulum de Politzer y de otros autores. Reglas que deben observarse para introducir el especulum y para mantenerlo durante el examen. Dificultades. Desinfección de los especulums.

Limpieza del conducto. 1º Con instrumentos: pinzas. 2º con inyecciones. jeringa, bombas de jebe; técnica del lavado con la jeringa. Lavados con el irrigador: su técnica.

d) Examen del tímpano.

1º Configuración de la membrana del tímpano. Puntos de reparo.

2º Coloración. Sus modificaciones.

3º Transparencia.

4º Brillo. Triángulo luminoso: su origen. Existencia de otros reflejos luminosos.

5º Inclinación del tímpano. Retracciones cicatriciales y abombamiento. Modificaciones que estos trastornos originan en el tímpano.

6º Movilidad. Especulum neumático de Siegle. Su importancia.

7º Otoscopia timpánica. Espejillos intratimpánicos. Técnica.

4—Exploración con el estilete. Manera de practicarla. Datos importantes que suministra.

5—Percusión. Su importancia en las lesiones mastoideas.

6—Radiografía, Diáfanoscopia de las apófisis mastoides

7—Pruebas del oído. Examen de la audición.

a) Prueba de la voz. Con la voz baja producida por el aire residual de los pulmones después de una expiración profunda. Reglas que deben observarse en este examen. Voz ordinaria. Sonidos graves y agudos. Su significación clínica.

b) Prueba del reloj. Conductabilidades aérea y ósea.

c) Acúmetro Acúmetro de Politzer, Otros instrumentos.

d) Diapasón. Serie continua de Bezold. Manera de hacer el examen con el diapason. Permite buscar las conductibilidades ósea y aérea. Pito de Galton para el examen del límite superior de los sonidos.

e) Prueba de Rinne. Manera de hacerse. Rinne positivo. Rinne negativo. Rinne absolutamente negativo. Su valor diagnóstico.

f) Prueba de Weber. Su lateralización en la oreja enferma ó sana, Prueba de Corradi, Valor diagnóstico de estos experimentos.

g) Pruebas de Schwabach. Es prolongada ó disminuída. Su valor.

h) Prueba de Gellé. Gellé positivo y negativo.

i) Prueba de Bing.

j) Investigación de la exitabilidad del nervio acústico. Nistagmo. Pruebas de la rotación: calórica; de la compresión aérea; galvánica.

k) Examen estático. Goniómetro de Stein. Aparato rotatorio de Stein para el nistagmo de origen laberíntico. Vértigos, nauseas, caída del lado enfermo.

8—Rinoscopia anterior y posterior. Tacto digital.

Técnica,

9—Examen de la trompa de Eustaquio: Ducha de aire y cateterismo, Métodos de tratamiento por la trompa: cateterismo y dilatación, proyección de vapores y líquidos en la caja. La ducha de aire consiste en la introducción de aire por la trompa de Eustaquio en la oreja media. Es un medio diagnóstico, pronóstico y terapéutico. Debe hacerse antes un examen de la audición con la voz baja. Se puede introducir el aire por tres procedimientos; 1º el de Valsalva, 2º el de Politzer y 3º el cateterismo.

a) Procedimiento de Valsalva. Su técnica. Sus dificultades. No debe emplearse como método terapéutico.

b) Procedimiento de Politzer. Su principio. Técnica; sus ventajas. Inconvenientes. Diversas aplicaciones de la ducha de Politzer.

c) Cateterismo. Indicaciones. Contraindicaciones. Preparativos. Instrumentos. Sonda de Itard. Técnica. Procedimientos de Bonnafont. Procedimientos de Kramer, Procedimiento de Frank-Lowenberg. Dificultades del cateterismo, Falta de técnica. Accidentes. Auscultación del oído. Examen del oído.

Elección de los procedimientos ducha de aire y cateterismo. Acción mecánica de la insuflación de aire por la trompa. Métodos generales de tratamiento por la vía tubaria:

a) Insuflación de vapores en la caja; b) instalación de líquidos en la caja; c) dilatación de la trompa por medio de bujías ó sondas especiales; sus indicaciones; su técnica; precauciones que deben tomarse.

10—Examen del estado general. Importancia de este examen. Oftalmoscopia; su importancia en las complicaciones intracraneanas de la otitis. Punción lumbar. Anestesia general.

11—Simulación. Manera de descubrirla.

12—Examen bacteriológico é histológico. Su importancia en el diagnóstico y pronóstico de las enfermedades auriculares.

IV PATOLOGIA Y TERAPEUTICA

Comprende una parte general y otra especial.

A) *Consideraciones generales.* Frecuencia de las enfermedades del oído, «Entre veinte y treinta años hay seguramente por término medio una persona sobre tres, cuya audición no es normal al menos de un oído» (von Tröttsch). En las escuelas hay un 22% de niños que tienen una mala audición (Bezold, Gradenigo). Influencia de la edad: las estaciones, las profesiones sobre el desarrollo de las enfermedades del oído.

Etiología general y patogenia. Causas generales y causas específicas infecciosas. Anomalías anatómicas del oído; herencia; clima; obstrucción nasal; traumatismos del órgano auditivo; intoxicaciones; trabajo en medio de ruido intenso, con fuertes oscilaciones de la presión atmosférica; ciertas enfermedades del sistema nervioso; la anemia y mal de Bright; los trastornos circulatorios; las afecciones de las vías digestivas; gota; diabetes; neuralgias del trigémino y simpático; histeria, el embarazo y post-partum, como causas generales en el desarrollo de las enfermedades del oído.

Causas específicas infecciosas. Rol de la infección. Ciertos hongos como causa de inflamación del oído externo. El oído medio se infecta por tres vías principales: el conducto auditivo, la trompa de Eustaquio y los vasos sanguíneos y linfáticos. Influencia de ciertas enfermedades generales en el desarrollo de la infección. La infección de la caja por vía sanguínea es excepcional (sífilis). Mecanismo raro de la infección de la caja por la vaina del nervio auditivo, los acueductos y los canales diversos del peñasco en ciertas afecciones intracranianas. La mayor parte de los microbios patógenos han sido encontrados en la oreja.

Sintomatología y Semeiología,

Anomalías de la audición, Variedad de sordera. Anestesia acústica. Lagunas auditivas: su importancia para el diagnóstico. Sordera variable. Transfert histérico (Gellé). Paracusia de lugar, Paracusia de Willis. Hiperestesia auditiva. Audición dolorosa, Para-

cusia. Diplacusia disarmónica. Diplacusia ecótica de Kayser.

Zumbidos de oídos. Entóticos y exóticos. Subjetivos y objetivos. Definición de cada una de estas variedades. Causas que las producen. Su naturaleza, Intensidad. Situación, Su valor diagnóstico. Pronóstico.

Trastornos del equilibrio. Vértigo «ab aure laesa». Sus causas, directos ó reflejos. Complejo sintomático de Menière.

Autofonia. Sus causas.

Trastornos reflejos provocados por las afecciones auriculares.

Parálisis facial, Su valor como sistema precursor de una complicación intracraneana. Sus causas, Síntomas de la parálisis facial. Diagnóstico de situación. Marcha de la parálisis facial. Pronóstico..

Pronóstico general de las afecciones del oído. Pronóstico bajo el punto de vista de la función y bajo el punto de vista vital. El pronóstico se mejora 1º por un diagnóstico preciso; 2º por una intervención oportuna, radical. Se curan 60 por 100 de las enfermedades del oído; se mejoran 29 por 100; 11,5 por 100 son incurables y 0,4 por 100 son mortales (Bürkner),

Procedimientos generales de terapéutica de las afecciones auriculares. Desinfección: de los instrumentos, de los objetos de curación, del campo operatorio. Ventajas del empleo de los instrumentos á seco en cirugía otológica, Limpieza del oído. El lavado del oído, considerado como una verdadera panacea en toda afección auricular, es una herejía (Politzer), Limpieza del oído á seco, y por inyecciones. Indicaciones de uno ú otro método. Su técnica, Contraindicaciones. Empleo local de medicamentos, Baños de oídos; sus indicaciones, técnica, Gotas en el oído; su técnica é indicaciones. Pomadas. Los vejigatorios detras de la oreja deben ser proscritos. Inyecciones sub-cutáneas, Polvos, Anestésicos, Anestesia general; Cloroformo, Bromuro ó cloruro de etilo, Anestesia local, Cocaína, Eucaína. Novocaina, Título de las soluciones, Su unión con la adrenalina, Curaciones del oído. Drenaje del oído me-

dio, Emisiones sanguíneas; sus indicaciones. Compresas; calientes y frías; sus indicaciones, Compresión y rarefacción del aire en el conducto, Su técnica é indicaciones, Masaje; técnica é indicaciones, Masaje, del pabellón, del conducto auditivo externo y del tímpano, Instrumentos con que se realiza este masaje, Masseur de Delstanche, Sonda de resorte de Lucae, Masaje vibratorio, Motores eléctricos, Bomba neumática de Breitung. Electricidad; galvanización y faradización; indicaciones, Cauterización galvano-cáustica, Electrólisis. Cornetes acústicos y ejercicios del oído, Otófonos, Audífonos, Dentáfonos. Tratamiento naso-faríngeo. Su importancia. Tratamiento general, medicamentoso, climatérico, hidro-mineral.—Higiene general del oído; de la oreja externa, del oído medio y del interno.—El método de Bier en Otolología,

La anestesia local por infiltración en oto-rino-laringología, Técnica general del método, Indicaciones y contraindicaciones; es ventajoso para el operador y para el operado, recurrir á la anestesia local, toda vez que el operador se decida, que el enfermo no se oponga, y que éste no sea muy jóven, (Luc.) Técnica especial del método en las diversas operaciones oto-rino-laringológicas en las cuales puede ser aplicada, Sus ventajas sobre la narcosis.

PARTE ESPECIAL

Sintomatología y tratamiento de las afecciones del aparato de trasmisión del sonido,

A) Enfermedades de la oreja externa,

1, Enfermedades del pabellón,

Hiperehemia. Etiología. Síntomas, Tratamiento,

Dermatitis traumática Etiología, Síntomas, Tratamiento,

Erisipela. Etiología, Marcha y síntomas, Tratamiento,

Flegmón y gangrena. Etiología. Marcha y síntomas, Tratamiento,

Congelación y quemaduras; Etiología. Marcha y síntomas, Tratamiento,

Eczema, Etiología, Marcha y síntomas. Tratamiento; profiláctico; curativo;

Herpes, Etiología, Marcha y síntomas, Tratamiento,

Lupus, Etiología y anatomía patológica, Marcha y síntomas, Tratamiento; importancia del método de Finsen,

Seftlis, Etiología, Síntomas, Tratamiento,

Otohematoma, Etiología y anatomía patológica, Síntomas, Tratamiento,

Quistes de la oreja, Etiología, Marcha y síntomas, Tratamiento,

Pericondritis, Etiología, Marcha y síntomas, Tratamiento,

II Enfermedades del conducto auditivo externo,

Hiperhemia,

Eczema

Herpes,

Sífilis

Otitis externa circumscribita (forúnculo), Etiología Marcha y síntomas, Diagnóstico; cuando hay hinchazón edematosa retro-auricular, con la mastoiditis; cuando el furúnculo está situado en la pared pósterosuperior ósea del conducto, con una exóstosis y con una fistula mastoidea abierta en el conducto; cuando el forúnculo se encuentra en la pared anterior, con un absceso parotídeo fistulizado, Tratamiento; médico, antiflogístico; quirúrgico, incisión,

Otitis externa difusa, Etiología, Marcha y síntomas, Tratamiento,

Otitis externa hemorrágica, Etiología. Marcha y síntomas, Tratamiento,

Otitis externa pseudo-membranosa, Etiología, Síntomas y marcha, Tratamiento.

Otitis externa diftérica, Etiología, Marcha y síntomas Tratamiento;

Otitis externa descamativa (Tapones epidérmicos. Queratosis, Colesteatoma del conducto auditivo externo), Etiología y patogenia, Anatomía patológica. Marcha y síntomas; Tratamiento,

Otitis externa parasitaria, Otomicosis, Etiología y anatomía patológica, Marcha y síntomas, Tratamiento,

Trastornos en la secreción, Cerúmen, Etiología, Marcha y síntomas, Tratamiento,

Cuerpos extraños, Marcha y síntomas Tratamiento; extracción por medio de inyecciones, sus indicaciones; extracción por medio de instrumentos, sus indicaciones; extracción por las vías naturales; varios procedimientos; por a vía retro-auricular, constituye una verdadera operación, necesidad de anestesia general ó local por infiltración, Su técnica,

Estrecheces del conducto auditivo externo, Patogenia, Sintomatología. Tratamiento,

Exóstosis y hiperostosis, Etiología síntomas, Tratamiento: conservador y quirúrgico.

Enfermedades del oído medio.

Enfermedades del tímpano.

Miringitis aguda. Etiología Sintomatología. Tratamiento.

Miringitis crónica. Etiología. Sintomatología. Tratamiento

Otras afecciones raras del tímpano: tuberculosis miliar, condilomas y gomas sifilíticos y pequeñas perlas blanquiscas (colesteatoma) como consecuencia de hiperqueratosis circunscrita.

III.—Enfermedades de la caja del tímpano.

Están ordinariamente asociadas á las afecciones de la trompa de Eustaquio y de la apófisis mastoides. Son frecuentemente causa de sordera, sordo-mudez. vértigo y trastornos cerebrales mortales.

Hay que distinguir en el estudio de estas enfermedades, los catarros y las inflamaciones ú otitis (Politzer.)

1.—Catarros de la caja del tímpano.

Catarró agudo con exudado del oído medio Etiología y Anatomía patológica, Marcha y síntomas: signos funcionales, sordera, poco dolor, zumbidos intermitentes, traquidos en el oído, algunas veces autofonia; signos físicos, modificaciones en el aspecto del tímpano, presencia de exudado en la caja; datos que suministra la ducha de aire. Pronóstico.—Tratamiento;

Causal. Local; ducha de aire, paracentesis del tímpano. Técnica de este última.

Catarro crónico adhesivo del oído medio.—Causas. Lesiones de la caja y de la trompa. Síntomas y evoluciones. Es ordinariamente bilateral aparece en la edad adulta y produce una sordera progresiva. Síntomas funcionales: zumbidos de oídos, neuralgias, hiperestesia, síndrome de Menière, sordera progresiva, no hay percepción de la voz baja, paracusia de Willis. Síntomas otoscópicos: opacidades timpánicas lechosas y puntos calcificados, hundimiento del tímpano, atrofia timpánica, depresiones arriba de la apofisis corta del martillo cuando hay mucho tejido conjuntivo en el saco de Prussak. Síntomas: con el especulum de Siegle gran movilidad timpánica en la atrofia, é inmovilidad en las adherencias por anquilosis de los huesecillos. Con la ducha de Politzer, á la auscultación se perciben estertores. Las pruebas del oído: Rinne parcialmente negativo; absolutamente negativo en la anquilosis del estribo; Weber localizado en la oreja enferma, Schwabach prolongado, Gellé positivo si el estribo es móvil. Cuando el proceso se ha propagado al laberinto, el Schwabach está disminuido, el límite superior de los sonidos bajo: Pronóstico; malo-quod funtionem; ordinariamente conduce á la sordera completa, Tratamiento—Médico; local y general. Local: duchas de aire, masaje del tímpano, insuflación de vapores en la caja por la trompa; inyección de sustancias medicamentosas en la caja por el cateter tubario; método de Delstanche, es el que mejores resultados. junto con el masaje me ha dado. Inyecciones de tiosinamina en la caja por vía de la trompa y su empleo en baño por el conducto auditivo externo. Sus efectos.—Tratamiento general: corrientes galvánicas, aguas minerales, bromuro de potasio, atropina y quinina, acónito, cimicifuga, etc, Reeducation auditiva por el método electrofonoide, Sus efectos.— Tratamiento quirúrgico. —Sólo debe emplearse cuando los otros métodos han abortado. Perforación artificial del tímpano: Sus indicaciones. — Incisiones múltiples del tímpano: Sus indicaciones. — La plicotomía posterior. Indicaciones. Sección del ligamiento anterior del martillo,—

Tenotomía del musculo del martillo, Técnica é indicaciones. Sinequiotomía. Ablación de los huesecillos. Indicaciones, técnica operatoria. Instrumentos especiales. Anestesia local. Los resultados de estas operaciones no son muy halagadores. Solo deben emplearse como último recurso cuando el laberinto está intacto; cuando los zumbidos son intolerables; cuando una perforación artificial del tímpano determina una mejoría del oído.

Anquilosis del estrilo u otitis esclerosa.—Etiología. Es debida á la transformación esponjosa de la cápsula laberíntica, Tienen importancia la herencia y el embarazo, Teorías modernas sobre su patogenia, Anatomía patológica. Síntomas. Zumbidos que aumentan progresivamente y sordera; al examen: tímpano normal, permeabilidad de la trompa; Rinne absoluta y totalmente negativo, Weber lateralizado en el oído más enfermo. Schwabach prolongado. Gellé negativo. Pronóstico muy malo. Tratamiento local: Electrización produce alivio; general: aceite fosforado (Siebenmann) ioduro de sodio (Politzer), vacuna de Wright, bromuro de potasio, cuando sordera completa lectura sobre los labios. Método electro fenoide de Ziind Burguet.

2 Inflamaciones de la caja ú otitis medias.

Otitis media aguda simple.—Causas: infección. Anatomía patológica, alteraciones de la mucosa, exudado. Síntomas: dolores pulsátiles que aumentan con los movimientos, presión del trago y angulo maxilar, exacerbación nocturna; sordera: exámen otoscópico. rubicundez del conducto y timpánica; aspecto especial del tímpano, Rinne parcialmente negativo; Weber lateralizado en la oreja enferma; Schwabach disminuido. Duración. Curación por reabsorción del exudado ó transformación en pus. Diagnóstico deferencial con la miringitis aguda. Tratamiento: general: reposo en el cuarto, dieta líquida, antisepsia de la nariz y de la garganta: sonarse con cuidado. Tratamiento local: instilaciones en el conducto de glicerina fenicada caliente: compresas calientes humedas sobre el oído: paracentesis del tímpano; su técnica, sitio en que debe hacerse, bajo absoluta asepsia; tratamiento consecutivo.

Otitis media aguda supurada.—Analogías que presenta la cavidad timpánica con las cavidades serosas en los casos de derrames en su interior, Analogías bajo el punto de vista microbiológico. La presencia de microbios caracteriza el derrame inflamatorio, Anatomía patológica de la otitis media purulenta aguda; modificaciones de la mucosa, procesos necróticos rápidos ligados á ciertas enfermedades infecciosas; repercusión sobre los huesos subyacentes; participación habitual pero no constante del antro mastoideo en las supuraciones de la caja. Etiología. Causas predisponentes inherentes al sujeto: edad, afecciones crónicas naso-faríngeas; vegetaciones adenoides. Causas predisponentes independientes del sujeto; influencia estacionaria, epidemias primaverales y otoñales. Causas locales: coriza, irrigaciones nasales, taponamiento naso-faríngeo; infección por el conducto auditivo externos, cuerpos extraños, mecanismo de la otitis por inmersión, Causas generales: enfermedades infecciosas: ellas pueden actuar sobre la caja por las lesiones naso-faríngeas que determinan, pero dan á las otitis así desarrolladas un sello de gravedad especial por la influencia general que ejercen sobre la nutrición; relaciones de la neumonía con la otitis; influencia de la diabetis sobre el desarrollo y la marcha de las supuraciones agudas del oído. Microbiología de las otitis supuradas agudas. Sintomatología. Principio: dolor, sus remisiones; fiebre. Alteraciones del oído. Fenómenos subjetivos. Significación de la disminución de la percepción ósea. Los dos oídos son generalmente atacados el uno después del otro en las causas de otitis general ó faríngea. Resultados del exámen otoscópico: antes de la perforación: resultados de la auscultación en este período. Perforación timpánica: su carácter crítico, sus efectos sedantes, Deferescencia: significación perniciosa de la falta de mejoría de este período. Aspectos otoscópicos después de la perforación; sitio, dimensiones y aspecto de la perforación; frecuentemente esta no puede revelarse sino por la auscultación; significación de la situación pósterosuperior de la perforación. Supuración aguda de la región de Schrapnell, Resultado de la auscultación cuando existe la perforación; ruido llamado de perforación; ausencia

posible del fenómeno. Terminaciones variables de la enfermedad: 1o.—Curación completa, 2o.—Curación con disminución definitiva del oído; 3o.—Curación con perforación timpánica persistente; 4o.—Complicación mastoidea; 5o.—Infección intracraneana y 6o. pasaje al estado crónico. Diagnóstico. Forunculosis del conducto; miringitis. Formas clínicas: forma gripal, forma necrosante aguda, forma erisipelatosa. Influencia del terreno: tuberculosis; sífilis; diabetis. Pronóstico; bajo el punto de vista vital y bajo el de la audición; elementos sacados del estado general y de ciertos signos locales para juzgar del pronóstico—Síndrome de Gradenigo; su pronóstico en general favorable; su patogenia. Pronóstico bajo el punto de vista de la audición, Tratamiento de las otitis medias agudas supuradas. Indicación precoz de la paracentesis del tímpano; Anestesia del tímpano. Manual operatorio de la paracentesis; ventajas de una amplia incisión. Empleo de la ducha después de la paracentesis. Debe ó no drenarse con sustancias hidrófilas? Utilidad de la ducha de aire á cada curación. Empleo de la glicerina fenicada ó sublimada. Utilidad de las irrigaciones en ciertos casos. Lavados por la trompa. Disminución progresiva de la frecuencia de las curaciones. Necesidad de la asepsia durante las curaciones.

Otitis media crónica supurada. Otorrea crónica.—Definición de la otorrea crónica. La otorrea puede ser primitiva ó secundariamente crónica. La cronicidad de la otorrea es el efecto de causas generales ó locales. Influencia del mal estado general; de la diabetis; de la diatesis escrofulo-tuberculosa. Otitis tuberculosa y otitis en los tuberculosos. Influencia de la caquexia sífilítica. Causas locales: falta de tratamiento ó tratamiento defectuoso; presencia de fungosidades en el foco; influencia del sitio de las lesiones: cavidades mastoideas, cavidad de los huecesillos; perforación timpánica insuficiente ó mal colocada. Anatomía patológica, Lesiones generalizadas ó limitadas. Caracteres variados de la perforación timpánica; pequeña perforación póstero-superior; perforaciones grandes, perforación circum-martelar; otros tipos de perforación; estado de los bordes

de la perforación, fungosidades, sus caracteres histológicos; proceso de epidermización, su significación variable según los casos; colesteatoma; alteraciones de los huesos, osteitis fungosa; sus tendencias destructoras, secuestros, alteraciones de los huesecillos, frecuencia de la bilateralidad y de la simetría de las lesiones; lesiones irreparables sobreviviendo a la otorrea; perforaciones definitivas; adherencias cicatriciales; consecuencias de las lesiones de la ventana oval para la audición. Sintomatología: se reduce con frecuencia á la otorrea rebelde acompañada de un grado variable de sordera; abundancia variable de la supuración; variedades de color, de consistencia y de olor del pus; origen de la coloración azul del pus, su pronóstico; accesos de otalgia sorda; disminución variable del oído, la sordera puede ser completa en el caso de lesiones laberínticas; evolución ulterior de la otorrea crónica; infección intracraneana; parálisis facial, su pronóstico variable; datos suministrados por la electrización; importancia del examen otoscópico para la diferenciación de las diversas formas clínicas de la otorrea, datos suministrados por el lavado del oído; inspección de la caja á travez de la perforación; aspectos diversos del tímpano y de sus pérdidas de substancia; conclusiones que deben sacarse de la ausencia de lesiones en la región inferior de la caja; presencia de fungosidades en la caja; presencia de masas ó laminillas nacaradas; servicios prestados por la canula de Hartmann para la localización de las lesiones en el atico ó en el antro; exploración con el estilete. Pronóstico é indicaciones terapéuticas en las diversas variedades de otorrea crónica. Peligro vital inherente á toda otorrea rebelde; no existe en el mismo grado en las diversas formas; dificultad muy variable de la curación según los casos; influencias de orden local y general; importancia predominante del tratamiento local; importancia del examen otoscópico para el pronóstico y las indicaciones del tratamiento. Diversos tipos otoscópicos observados en las otorreas crónicas: primer tipo, pequeña proporción sin fungosidades; preocuparse del estado general, asegurar la fácil salida del pus, irrigaciones de agua boricada ú oxigenada; inconvenientes de las insu-

flaciones de polvos cuando la perforacion es muy pequeña, cauterizaciones ligeras; segundo tipo, gran perforación con fungosidades accesibles por el conducto; aspecto diverso de las fungosidades; necesidad de destruir el tegido fungoso; procedimientos diversos para operar esta destrucción; irrigaciones fuertes, polipótomo, cauterio o causticos, cureta; empleo del taponamiento después de la destrucción de las fungosidades; indicios de curación; signos de mal éxito del tratamiento: tercer tipo: gran perforacion con fungosidades incompletamente accesibles por el conducto; implantacion diversa de las fungosidades; el aborto de las tentativas de curetage por el conducto, indica la necesidad de operaciones más complejas; cuarto tipo; perforación de la membrana de Schrapnell; caracter rebelde de esta variedad de perforacion; quinto tipo, gran perforacion sin lesiones de la parte visible de la caja puede explicar la persistencia de la supuracion; el pus no puede provenir entonces que de las partes no visibles del oído medio: servicios prestados en estos casos por la canula de Hartmann, exploración con el estilete; fístula mastoidea externa ó anterior: indicaciones operatorias deducidas de la constatación del origen atico-antral de la supuracion; importancia del sitio de las lesiones bajo el punto de vista del pronóstico y de las indicaciones operatorias; importancia de la naturaleza de las lesiones; gravedad especial del colesteatoma; importancia relativa del estado general; este debe tomarse en cuenta en el tratamiento, precauciones que deben tomarse una vez cesada la supuración para prevenir la recidiva.—Supuraciones de la cavidad de Schrapnell, variedades sintomáticas, resultados del examen otoscópico; resultado del lavado con la canula de Hartmann en el ático; frecuencia del colesteatoma: examen otoscópico después del lavado; rareza del ruido de perforación durante la insuflación del aire en la trompa: caracter vago de los conmemorativos, evolución insidiosa frecuencia relativa de las complicaciones mastoideas é intracraneanas; crisis de cefalgia, sus causas. Condiciones anatómicas. Principio obscuro de las supuraciones del atico; teorías relativas á su etiología. infección por el conducto, teoría de Walbe; teoría de Schmiede-

low estableciendo el origen faringo-tubario de estas supuraciones. Mecanismo de la evolución ulterior de la afección; derrame defectuoso del pus; alteraciones oseas; aparición del colesteatoma. — Diagnostico. Porque la afección pasa frecuentemente desapercibida. Miringitis fungosa, Confusion posible entre un colesteatoma y un tapon ceruminoso. Pronostico. Caracter rebelde de la supuración, Peligro de infección intracraneana. — Tratamiento de las supuraciones de Schrapnell. Indicaciones del tratamiento variables según el grado de las lesiones; primer caso: pequeña perforación sin fungosidades; lavados con la canula de Hartmann, cauterizaciones; segundo caso: gran perforación sin fungosidades; después del lavado, insuflaciones de polvos boricos y después taponamientos secos a travez de la perforación; tercer caso: amplia perforación rodeada de fungosidades; necesidad de destruir las fungosidades; cuarto caso: pólipos fungosos con inserción profunda; curetaje del ático por el conducto, cauterización consecutiva y después taponamientos secos; quinto caso; colesteatoma; limpieza del foco por la inyección con la canula de Hartmann; aspecto engañoso de la curación después del lavado; necesidad de un curetaje y de una cauterización muy difícil de ejecutar bien, sin una operación preliminar; la extracción de los huesecillos es la primera operación que debe hacerse; esta operación es frecuentemente más favorable que perjudicial á la audición; influencia de esta operación sobre la curación de la otorrea; elección del modo de anestesia; necesidad de un buen alumbrado; instrumentación; técnica operatoria; cuidados y curaciones consecutivas, signos de curación, signos de mal éxito operatorio; necesidad de una operación más extensa.

IV.—Enfermedades de la trompa de Eustaquio.

Cuerpos extraños.

Salpingitis aguda. Etiología y anatomía patológica. Marcha. Síntomas. Tratamiento.

Salpingitis crónica, Etiología y anatomía patológica. Marcha y síntomas. Tratamiento: dilatación por la trompa con bujías, inyecciones de glicerina iodíca o masaje externo.

Ulceraciones del orificio faringeo de la trompa, Etiología. Síntomas, Tratamiento.

Estrecheces de la trompa Su sitio; en el orificio faríngeo por compresión de tumores de vecindad; vegetaciones adenoides; hipertrofia de las amígdalas palatinas; pólipos naso-faríngeos, ó depresión de las paredes de la trompa en la parálisis facial, ó al nivel del canal tubario principalmente al nivel del istmo, debido á catarro crónico de la caja. Sintomología. Tratamiento; dilatación gradual de la trompa, método de dilatación de la trompa por vía directa de Gyergyai, salpingotomía; perforación artificial del tímpano con galvano cauterio.

V.—Complicaciones de las otitis medias supuradas. Enfermedades de la Apofisis mastoides.

Las afecciones de la apofisis metoides pueden ser primitivos o secundarias.

En la inmensa mayoría de casos son consecutivas, y secundarias á otitis medias supuradas; sin embargo existen mastoiditis primitivas en las cuales la infección se hace por vía sanguínea, por ejemplo en la tuberculosis y osteomielitis. Hay también mastoiditis pseudo-primitivas, es decir, que los síntomas apofisiarios estallan después de la curación de la otitis supurada: esta particularidad se presenta en las otitis á neumococos.

Periostitis mastoidea.—Excepcionalmente primitiva es de ordinario secundaria, Síntomas, diagnóstico diferencial con el edema que acompaña las mastoiditis; la adenitis supurada de los ganglios supra-mastoideos y los tumores blandos de la región, Tratamiento.

Mastoiditis agudas.—Participación latente habitual del antro mastoideo en las supuraciones de la caja. Esta participación cesa de ser latente en caso de retención de pus en el antro. Consideraciones anatómicas: distinción entre el antro mastoideo y las células mastoideas; existencia constante del antro, sus relaciones; existencia inconstante de las células mastoideas; diferentes tipos de apófisis; apófisis eburneas, neumáticas y mixtas; diversos grupos de células mastoideas—inferior, posterior, anterior ó limítrofe, células aberrantes; grupos supra é infra laberínticos descritos por Mouret; peli-

gro de infeccion intracraneana inherente á la supuracion de estas células. Etiología de las mastoiditis agudas—obstáculos á la salida del pus: signos diversos de estos obstáculos; la mastoiditis puede ser consecuencia de la virulencia especial de la otitis; influencia de ciertas epidemias, de la diabetis. Evoluciones diversas de la mastoiditis; la supuracion tienden á exteriorizarse por la pared externa, por la pared anterior, por la pared interna de la punta; hacia el endocráneo. Sintomatología. Principio generalmente insidioso, fiebre; síntomas locales—subjetivos, dolor; objetivos—disminucion de la otorrea; resultados de la exploracion de la apófisis, tumefaccion retro-auricular; elevacion del pabellón, sensibilidad á la presion—su sitio variable; caida de la pared postero-superior del conducto. Terminaciones. Desenlace habitual de la enfermedad; formacion de un absceso en la cara externa de la apófisis; retrocesion definitiva o temporal de la mastoiditis.—Diagnostico. Adenitis retro-auricular; forunculosis del conducto. Pronostico. Esta ligado á las circunstancias especiales en las cuales se desarrolla la mastoiditis. Relaciones entre la estructura de la apófisis y el pronostico de la mastoditis,—Tratamiento. Medidas conducentes á hacer cesar la retension de pus en el antro; agrandamiento de la perforacion timpánica; duchas de aire por la trompa; refrigeracion mastoidea, Inconvenientes del método revulsivo. Indicaciones de la trepanación mastoidea; sintomas que indican la intervencion urgente. Insuficiencia é inconvenientes de la incision de Wilde. Historia de la trepanación mastoidea. Anatomia de la región mastoidea. Instrumentación de la operación. Descripcion de la operación. Reseccion sistemática de la totalidad de la cortical, ¿En qué casos debe extenderse la reseccion osea hasta la caja? ¿Debe suturarse la herida operatoria ó dejarse abierta? Bloodcloth Method: sus ventajas—sus inconvenientes. Es más seguro dejar la herida abierta. Duracion variable del trabajo de reparacion.

Mastoiditis de Bezold.—Definición. Rol de las células mastoideas de la punta en su produccion, Rareza de la afeccion de la infancia. Su frecuencia aumenta con los años. Caracter habitualmente agudo de los ac-

cidentes. Influencia del espesor de la pared externa. Influencia de la diabetis. Reproduccion artificial de los accidentes por Bezold. Direcciones variadas seguidas por el pus en la profundidad del cuello. Sintomatologia. Caracter insidioso del inicio y de la evolucion. La otorrea puede haber cesado al momento en que estallan los accidentes Signo especial del dolor. Tumefaccion infra-mastofdea y retro-maxilar. Salida de pus por el conducto precionando las partes infiltradas (signo de Luc). Exteriorizacion del absceso bajo los tegumentos; hacia la pared lateral de la faringe; hacia el mediastino; infiltraciones en los intersticios de los músculos de la nuca. Fenomenos septicemicos—fiebre, Frecuencia relativa de las complicaciones intra-craneeas. Lentitud habitual de la marcha. Forma crónica. Diagnóstico. Forunculosis del conducto complicada de adenitis. Mal sub-occipital. Valor diagnóstico del signo de Luc. Coexistencia de una coleccion sub-dural con una coleccion cervical de origen ótico. Dificultades de un diagnóstico pre-operatorio en los casos de lesiones complejas. Pronóstico. Razones diversas de gravedad. Tratamiento. Doble indicación operatoria resultante de la dualidad de las lesiones. Está indicado proceder siguiendo la marcha del pus. Investigación de la perforación de la pared mastoidea profunda. Resección de la punta mastoidea. Dificultades especiales de la operación ósea, en los casos de supuración de las células occipito-yugulares. Apertura y curetaje de la caja, en los casos de otorrea crónica. Incisión del flegmón cervical. Determinación de su punto más declive. Investigación de las infiltraciones en los espacios inter-musculares. Conducta ulterior. Larga duración del tratamiento post-operatorio.

Mastoiditis crónica. La mastoiditis es casi siempre de origen ótico. La cronicidad se establece d'emblée ó secundariamente. Causas de la cronicidad. Coexistencia ó no de una otorrea. Anatomía patológica. Peligro de la hiperostosis. Fístulas mastoideas; su sitio variable; cara externa, cara anterior, pared interna de la punta. Denudación latente de la dura madre. Lesiones en el interior del foco: fungosidades; laminillas nacaradas; ca-

racteres variables del pus; secuestros; colesteatoma. Sintomatología. Mastoiditis con fístula y mastoiditis latente. Sitios variables de la fístula. Caracteres objetivos. Exploración al estilete. Dagnóstico difícil de la fístula anterior. Dagnóstico más difícil todavía de la fístula interna. Dagnóstico de la mastoiditis sin fístula. Latencia de esta forma. Datos suministrados por el examen otoscópico. La participación mastoidea está probada por la ineficacia de las maniobras limitadas á la caja. Servicios que presta la cánula de Hartmann. La latencia de una mastoiditis puede cesar bruscamente por el hecho de una complicación. Hemiplegia facial: su pronóstico y significación. Retención mastoidea. Casos en los cuales la retención de pus no puede conducir á la formación de un absceso externo. Sintomatología especial á estos casos. Gravedad especial del colesteatoma. Indicación operatoria más ó menos imperiosa. Síntomas de urgencia. ¿En qué casos la brecha operatoria debe extenderse hasta la caja? Técnica operatoria en caso que exista fístula y cuando no haya otorrea. Necesidad de una amplia herida ósea. Curetaje del foco. Cauterización y cuidados post-operatorios. Cuando hay otorrea la herida ósea debe extenderse hasta la caja. Operación de Heath, sus indicaciones. Apertura quirúrgica de todas las cavidades de la oreja media. Resumen del método de Stacke. Método de Zaufal. Descripción detallada de la operación de Zaufal. Instrumentación; técnica operatoria. Incisión cutánea. Denudación de la superficie ósea operatoria. Desprendimiento del conducto membranoso. Sección del conducto membranoso, Trepanación del antro en el sitio de elección. Resección de la pared externa del aditus, Precauciones que deben tomarse respecto del facial. Recepción de la pared externa del ático. Curetaje del foco. Técnica de Siebenmann modificada para el ensanche del conducto membranoso. Técnica de Ian Kauer. Posibilidad consecutiva de suturar la herida operatoria. Tratamiento post-operatorio. Curaciones al ácido bórico. Frecuencia de las curaciones. Importancia de la temperatura del enfermo. Precauciones que deben tomarse para la primera curación. Trabajo de reparación de la herida. Represión de las gra-

exhuberantes. Duración variable de la cicatrización según los métodos de curación. Pequeñas reinfecciones locales.

Colesteatoma del oído. — Apreciación general de la cuestión. Proceso de epidermización sobre las paredes del oído medio en el curso de las otorreas. Su significación variable según los casos. Epidermización curativa. Epidermización descamante no curativa. Epidermización nociva que conduce al colesteatoma. Proceso de rarefacción ósea. Caracteres objetivos del colesteatoma. Caracteres microscópicos. Colesteatoma independiente de procesos supurativos. Teorías diversas emitidas sobre la patogenia de la afección, Opinión de Virchow, de Schmiegelow, de Mickulicz, de Bezold, de Habermann. Ninguna de las teorías precedentes puede explicar todos los casos. Necesidad de admitir dos variedades de colesteatomas; una primitiva, independiente de toda supuración, y la otra secundaria á las viejas otorreas. Rol de la retención purulenta en este último caso. Desarrollo secundario de fermentaciones pútridas: Caracteres clínicos. Latencia habitual del colesteatoma sin otorrea. Colesteatoma con otorrea; sitio de predilección. Servicios que presta en este caso la cánula de Hartmann. Fetidez persistente del oído en los casos en que el colesteatoma no puede ser expulsado. Fenómenos de perforación ósea: al nivel de la pared mastoidea externa; al nivel de la pared sub-durameriana. Peligro de la infección intra-craneana. Tenacidad de la infección. Indicaciones terapéuticas. Limpieza del foco por medio de la cánula de Hartmann, seguida de cauterización. En caso de aborto; extracción de los huesecillos cuando las lesiones parecen limitadas al ático. Si las lesiones parecen extenderse á toda la oreja media: vaciamiento petromastoideo. Necesidad de mantener el foco en amplia comunicación con el exterior, ya ensanchando el conducto aciditivo ó creando un orificio retro-auricular permanente. Procedimiento de Kretschmann.

Mastoiditis latentes — Independencia posible del autro, en la supuración de la caja. Signos que permiten sospechar la supuración antral sin retención. Relatividad de la latencia de la antritis. Peligros inherentes á las

antritis, aún á las que no están acompañados de retención. Este peligro no está conjurado por la simple paracentesis. Conducta que debe seguirse en las antritis latentes. Ventajas de una doble antrotomía en las antritis bilaterales con signos de retención en un solo lado.

Caries y necrosis.—Etiología y anatomía patológica. La caries es favorecida por la retención de pus. Osteitis del peñasco. Osteitis de los huesecillos. Evolución: la caries del peñasco, del temporal, de la mastoides es grave y de marcha rápida; la caries de los huesecillos es lenta y menos grave. Síntomas propios á cada una de estas formas. Tratamiento a) médico; buen tratamiento de la otitis, cauterizaciones, etc., extirpación de secuestros. Si después de tres meses no hay resultado, recurrir al b) tratamiento quirúrgico, ablación de los huesecillos y después al vaciamiento petro-mastoideo.

VI Complicaciones intra-craneanas de las otitis.

Mecanismo y etapas sucesivas de la infección intra-craneana.

Primera etapa.—*Abceso extra-dural.*—Generalidades sobre el mecanismo de la infección intra-craneana; puede hacerse á través de la pared ósea perforada ó nó. Vías naturales que pueden servir para la infección en la otorrea. Duración variable de la resistencia de la dura madre á la infección. Etiología. Edad. Sexo. Lado enfermo. Forma del cráneo. Herencia. Influencia de la clase de la infección primaria. Influencia nociva de ciertas infecciones, de ciertas epidemias, de la diabetes, de operaciones incompletas y no asepticas, del colesteatoma. Rol de la hiperostosis que acompaña ciertas supuraciones pericraneanas. Relaciones de vecindad entre los dos focos: extracraneano primitivo é intra-craneano, secundario. Etapas sucesivas de la infección intra-craneana. El abceso extra-dural marca la primera de estas etapas. Su frecuencia especial en el curso de las supuraciones agudas. Sexo. Vecindad de los senos venosos. Tendencia á la difusión. Caracteres anatómicos. Abscesos extra-durales distantes del foco primitivo. Frecuente insignificancia de las lesiones extra-durales en los casos agudos. Lesiones óseas profundas en los casos crónicos. Comunicación habitual entre los dos focos. Lesiones de

la dura-madre. Fístula dura-meriana. Dimensiones variables de los abscesos extra-durales. Sintomatología. Principio habitualmente incidioso Cefalalgia. Signos de compresión. Síntomas en foco. Caracteres excepcionalmente ruidosos de la enfermedad en ciertos casos. Marcha. Evacuación espontánea. En general hay agravación progresiva y terminación por infección intradural. Pronóstico. Depende de la rapidez ó retardo en la intervención. Diagnóstico; sus dificultades. Valor de un punto doloroso limitado de la superficie craneana. Presencia frecuente de neumococos en el pus. En la mayoría de los casos el absceso extra-dural es descubierto por la operación, ó en el curso post-operatorio. Significación de la falta de mejoría después de una operación extra-craneana. Tratamiento. Conducta que debe seguirse cuando el foco extra-craneano comunica con el absceso extra-dural. Curetaje y desinfección del foco. Curación húmeda. Rapidez habitual de la curación. Casos especiales: abscesos peri-sinusianos; absceso extra dural que no comunica con el foco intra-craneano.

Trombo-flebitis de los senos.—Consideraciones anatómicas sobre los senos venosos intra-craneanos. Su forma. Su depresibilidad. Ausencia de válvulas. Prensa de Herófilo. Disposición de los senos á este nivel. Relaciones del seno lateral con el antro-mastoideo y con el cerebelo. Seno petroso. Seno cavernoso. Sus relaciones con el antro-esfenoidal. Rareza de la infección sinusal venosa de origen frontal. Esta se hace con frecuencia á distancia por la osteomielitis ó por las venas orbitarias. Vías anastomóticas que unen los senos entre sí, ó con las venas extra-craneanas. Etiología. Las cavidades peri-craneanas pueden transmitir directamente su infección al sistema venoso intra-craneano. Frecuencia general de la flebitis sinusiana. Influencia de la edad; del lado enfermo. Rareza de la flebitis sinusal de origen traumático. Rareza de estos accidentes en la otitis aguda. Habitualmente hay contacto previo del seno con el pus ótico. Rol del colesteatoma. Anatomía patológica. Localización inicial de la flebitis. Modificaciones en el interior del vaso. Endo-flebitis coagulante; obliterante póarietal. Modificaciones del trombus. Su transforma-

ción puriforme. Su extensión poco á poco en las dos direcciones opuestas. Lesiones óseas que han precedido á la flebitis. Lesiones secundarias de vecindad. Lesiones secundarias á distancia ó metastásicas. Frecuencia de las metastasis pulmonares. Otras localizaciones metastásicas. Sintomatología. Principio generalmente brusco. Dolor. Fiebre: sus caracteres especiales; generalmente tipo intermitente. Estado general. Trastornos digestivos. Integridad intelectual prolongada. Fiebre á tipo remitente y de carácter tífico. Trastornos de circulación venosa. Signos al nivel de las yugulares. Signo de Voss. Signos de extensión á otros senos. Flebitis cavernosa. Flebitis longitudinal superior. Signo de Lermoyez. Signos suministrados por la irritación de los nervios vecinos. Resultados del examen del fondo del ojo. Sintomatología de los accidentes metastásicos. Caracter habitualmente insidioso de estos accidentes. Marcha variable de los accidentes según que se produzcan ó no metastasis. Mecanismos variados de la terminación fatal. Forma septicémica. Diagnóstico y tratamiento. Influencia de la precocidad del diagnóstico y de la intervención sobre el pronóstico de la flebitis sinusal. Solidez del diagnóstico y del tratamiento. Necesidad de excluir las otras causas posibles de grandes accesos febriles intermitentes: Malaria, erisipela. Valor de los signos locales retro-auriculares y de la otorrea coexistiendo con los accidentes febriles. En los casos de forma remitente, confusión posible con una fiebre tifoidea. Datos suministrados por el examen directo del seno puesto al descubierto. Punción exploratriz del seno. Apertura del seno. Debe ésta ser siempre precedida de la ligadura de la yugular? Determinación pre operatoria de la extensión de la región venosa trombosada. Técnica de la operación radical sobre el seno y la yugular: 1.º ligadura de la yugular sana ó trombosada: ligaduras venosas suplementarias. 2.º Apertura y desinfección del seno. Debe ser precedida de la desinfección del foco óseo. Necesidad de una denudación extensa del vaso. Aspectos diversos del seno denudado. Resultados variables y algunas veces engañosos de la punción. Diagnóstico de la trombosis del golfo de la yugular. Signo de Whiting.

Latidos al nivel del seno trombosado. Precauciones que deben preceder la apertura del seno. Apertura y curetaje del seno trombosado. Técnica de la hemostasis. Cuidados post-operatorios. Apertura del seno no trombosado. Tratamiento de los accidentes metastásicos. Resultados generales del tratamiento quirúrgico de la trombo-flebitis sinusal.

Flebitis del golfo de la yugular.—Frecuencia de la flebitis primitiva y aislada del golfo. Consideraciones anatómicas. Consideraciones fisiológicas. Historia de la flebitis del golfo y de su tratamiento quirúrgico. Etiología. Primaria, secundaria y excepcionalmente traumática. Generalmente es de origen timpánico. En las formas crónicas, por extensión de las lesiones óseas; en las formas agudas, infección frecuente por las vénulas que atraviezan el suelo de la caja. Flebitis del golfo, secundaria á la de los senos vecinos. Frecuencia de la flebitis parietal. Anatomía patológica. Aspecto y sitio de predilección de la flebitis parietal. Absceso supra-bulbar. Infiltraciones consecutivas. Síntomas. Frecuencia del principio brusco. Signos locales en la base del cráneo. En general se presume el diagnóstico que no podrá confirmarse sino operatoriamente. Tratamiento. Medios que se usaban antes de abrir quirúrgicamente el golfo: lavado, curetaje, drenaje por fistulización de la yugular. Objeto teórico de la apertura del golfo. Existen dos métodos: transtimpánico y transmastoideo. Consideraciones anatómicas. Dificultades del procedimiento de Piffi sus indicaciones excepcionales. Técnica del procedimiento de Grünert. Resultados de la operación de Grünert.

Piohemia y septicemia de origen auricular sin trombo flebitis.—Caracteres clínicos de la afección. Fiebre. Su tipo intermitente. Estados sucesivos de cada acceso. Formas anormales de tipo febril continuo. Caracteres especiales de las metastásis; sus sitios de predilección; grado variable de las lesiones; localización rara de las metastásis. Diagnóstico. Diagnóstico diferencial entre la piohemia auricular con flebitis sinusal y la piohemia sin sinusitis. Pronóstico. Importancia del estado del enfermo en el intervalo de los accesos febriles Gravedad de la forma septicémica: sus caracteres clínicos. Patoge-

nia de los accidentes. Opinión de Körner: flebitis ósea minúscula. Teoría de Leutert: flebitis sinusal con trombus parietal no obliterante. Crítica de esta teoría. Opinión de Brieger y de Heymann: pasaje directo de los gérmenes en la sangre. Tratamiento. Fuera de las formas septicémicas y de los signos locales mastoideos, el simple drenaje de la caja constituye toda la indicación que debe llenarse. Casos especiales en los cuales está indicado trepanar la apófisis y explorar el seno. Tratamiento de la forma septicémica. Tratamiento de los accidentes metastásicos.

Abceso encefálica consecutivo á las supuraciones pericraneanas.—Frecuencia del abceso encefálico como complicación de las supuraciones auriculares y fronto-etmoidales. Etiología. Trabajos de Morgagni y de Lebert. Influencia de las lesiones óseas y de la cronicidad de la supuración. Rol preparador de la denudación de la dura madre. Relación entre el sitio de esta denudación y el del abceso encefálico. Influencia del colesteatoma; del lado enfermo y del sexo. Rol de un traumatismo accidental ú operatorio. Influencia de las operaciones incompletas. Abscesos cerebrales de origen piohémico. Anatomía patológica. Lesiones intracraneanas concomitantes. Relación entre el sitio del foco extracraneano y el del abceso encefálico. Extensión ulterior del abceso. Formación de abscesos múltiples. Dimensiones. Membrana de enquistamiento; no impide los progresos de la encefalitis. Caracteres del pus. Efectos de compresión general intra-craneana y efectos de vecindad del abceso sobre los elementos nerviosos, Extensión del abceso. Su apertura espontánea en la superficie del encéfalo ó en la cavidad ventricular. Sintomatología. Carácter insidioso del principio. Periodo de estado. Cefalalgia con caracteres de jaqueca. Estado nauseoso y vertiginoso. Somnolencia que conduce progresivamente al coma. La temperatura puede ser normal. Disminución de la frecuencia del pulso. Síntomas en foco. Su rareza en los abscesos cerebelosos. Hemiplegia alterna en el abceso protuberancial. Síntomas propios al abceso temporoesfenoidal. Carácter generalmente incompleto de las

parálisis; frecuencia de los espasmos. Parálisis del tercer par. Desviación conjugada de la cabeza y de los ojos. Hemianestesia. Hemianopsia. Trastornos afásicos frecuentes cuando el abceso se encuentra en la izquierda. Se trata habitualmente de una afasia sensorial. Marcha. Mecanismo variable de la terminación mortal. Abceso encefálico complicado de otras lesiones intra-cranéanas. Diagnóstico. Doble problema inherente al diagnóstico del abceso encefálico. Caracter relativo de la latencia de la afección. Gravedad de la aparición ó de la persistencia de ciertos síntomas después de la desinfección del foco óseo. Indicación de buscar activamente la afasia cuando el foco se encuentra á la izquierda. Diagnóstico diferencial entre el abceso encefálico y el abceso extradural. Importancia del examen del fondo del ojo. Diagnóstico entre el abceso encefálico y la leptomeningitis. Elementos diferenciales sacados de los caracteres de la fiebre y del pulso. Investigaciones del signo de Körnig. Valor de la punción lumbar. Fiebre tifoidea. Coma urémico. Tubérculos cerebrales. Abscesos múltiples. Coexistencia de una otorrea con una supuración frontal. Diagnóstico del sitio del sitio del abceso. Puntos de reparo suministrados por el sitio, ó el predominio de las lesiones óseas. Indicaciones suministradas por la presencia y aún por la ausencia de síntomas en foco. Diagnóstico del abceso protuberancial. Localización del abceso en tal ó cual parte del lóbulo esfenoidal. Tratamiento del abceso encefálico. Importancia de la rapidez de la intervención. Signos que constituyen una indicación para intervenir. Límites del periodo de eficacia en la intervención. Efectos casi de resurrección después de la apertura del abceso. Dos métodos para la investigación del abceso. Reglas que deben seguirse para abrir los abscesos cerebelosos. Investigación del abceso esfenoidal á travez del tegmen, y del abceso frontal á travez de la pared profunda del antro frontal. Ventajas de una amplia brecha ósea. Inconvenientes de las punciones cerebrales á travez de la dura-madre intacta. Instrumentación preferible para la punción del abceso. Necesidad de punciones repetidas en diversas direcciones, en caso de insuceso de la primera. Límites de la profundidad á

que deben hacerse estas punciones. Dificultades del drenaje encefálico. Reformación frecuente del absceso por drenaje insuficiente. Facilidad de difusión de la encefalitis. Técnica de la apertura y drenaje del absceso. Modo de fijación del dren. Peligros de las inyecciones en el foco. Tratamiento del prolapso cerebral. Contra abertura temporal en el caso de foco profundo del lóbulo temporo esfenoidal. Posición que debe darse al enfermo. Circunstancias que influyen sobre el pronóstico operatorio. Importancia de la mayor ó menor profundidad del foco.

Lepto meningitis.—Etiología. Frecuencia. Influencia del lado enfermo, del sexo, de la edad, del carácter de la supuración inicial. Vías de la infección. Operaciones incompletas ó infectantes. Retención purulenta. Anatomía patológica. Relaciones de vecindad entre las lesiones meningeas iniciales y el foco óseo. Formas difusas d' emblée. Formas limitadas. Meningitis serosa. Sus terminaciones variables. Sintomatología. Forma sobreaguda. Inicio brusco. Cefalea. Vómitos. Constipación. Fiebre. Período de estado. Duración. Formas limitadas. Su sintomatología variable. Meningitis serosa. Síntomas que indican una exageración de la tensión intra craneana. Resultados de la punción lumbar. Terminación variable. Diagnóstico con las otras formas de infección intra-craneana: con la meningitis cerebro-espinal epidémica: con la meningitis tuberculosa. Accidentes pseudo-meningíticos en los niños atacados de otitis. Confusión fácil entre el absceso encefálico y los focos intra-durales limitados. Similitud clínica entre el absceso encefálico y la meningitis serosa. Elementos de diagnóstico suministrados por la punción lumbar. Pronóstico y tratamiento de la meningitis serosa. Punciones lumbares repetidas. Punción de la dura-madre craneana. Necesidad de desinfectar desde el principio el foco óseo. Pronóstico y tratamiento de la lepto-meningitis limitada. Curabilidad problemática de la lepto-meningitis sobre-aguda difusa.

Complicaciones raras de las otitis supuradas. Ulceraciones arteriales. Meningitis tuberculosa,—Osteo-mielitis parcial ó total de los huesos del cráneo. Etiología. Sintomatología. Tratamiento.

VII Sintomatología y tratamiento de las afecciones del aparato de percepción del sonido.

El aparato de percepción del sonido es con frecuencia atacado secundariamente. Su patogenía se funda en las relaciones del peñasco.

Estudiaremos 1.º los trastornos circulatorios del oído interno; 2.º la otitis interna y sus diferentes formas; 3.º las afecciones del nervio acústico y de los centros auditivos.

Trastornos circulatorios.—*Hiperhemia*. Etiología. Síntomas. Tratamiento.

Anemia.—Causas, Síntomas. Tratamiento.

Enfermedad de Menière.—Etiología. Anatomía patológica. Síntomas. Marcha. Tratamiento.

Inflamación del laberinto ú otitis interna, ó enfermedad de Voltolini. Causas, síntomas y tratamiento.

Laberintitis supuradas.—Frecuencia de la laberintitis en las supuraciones auriculares. Su gravedad. Examen funcional del laberinto. La dualidad funcional del laberinto obliga á dos exámenes distintos. Examen del laberinto anterior: pruebas acumétricas. Medios para conocer el origen laberíntico de una sordera unilateral. Signos de la sordera que tiene por causa una lesión del oído medio. Signos de la sordera del oído interno. Valor de las pruebas por vía aérea. Valor de las pruebas por vía ósea. Falso Rinne negativo. Los dos laberintos están incluídos en un mismo cuerpo sólido, el cráneo, que todo entra en vibración. Aniquilamiento experimental de la audición por la oreja sana: si el sujeto está totalmente sordo, hay destrucción del laberinto de la oreja enferma; si el enfermo oye todavía la voz alta y percibe el diapasón, el nervio auditivo sospechoso es normal. Examen del laberinto posterior. Pruebas nistagmicas. Fisiología del aparato vestibular y su examen funcional. El aparato vestibular es órgano de las sensaciones del movimiento. Semeiología general del aparato vestibular. Las pruebas nistagmicas son la base del examen funcional del aparato vestibular. El nistagmo vestibular provocado. Caracteres del nistagmo vestibular: dirección y variedad. Investigación del nistagmo por el procedimiento clásico del índice. Investigación

del nistagmo á travez de lentes con lunas despulidas. Ventajas de este procedimiento. Pruebas nistagmicas: La prueba de la rotación: en un sujeto normal los movimientos de rotación provocan la aparición de oscilaciones nistagmicas; interpretación de este nistagmo; resultado en los casos de laberinto sano; resultados en los casos de laberinto enfermo: valor de esta prueba; La prueba calórica: en un sujeto normal la circulación de una corriente de agua fría en el conducto auditivo provoca el nistagmo; técnica de la prueba calórica: investigación de la prueba. cuando existe nistagmo espontáneo; causas de error en la prueba calórica; cuando la prueba calórica es ciertamente positiva hay con certeza integridad de los canales semicirculares; La prueba de la compresión aérea: signo de la fístula; condiciones para que se realice el signo de la fístula; investigación de una fístula por la presión directa, en la mesa operatoria. La prueba galvánica: en las laberintitis la prueba galvánica puede ser positiva, pues ella actúa sobre el nervio vestibular y no sobre sus extremidades. Valor de las pruebas nistagmicas, Formas de la laberintitis. El diagnóstico de las laberintitis reposa sobre el interrogatorio del nervio vestíbulo-coclear. División de las laberintitis. Las laberintitis circunscritas atacan los canales semicirculares. Es la forma de inicio de las laberintitis. Con frecuencia hay alteración del nervio vestibular, pero nó parálisis completa. *Grados diversos de las laberintitis circunscritas. La fístula laberíntica propiamente dicha. Sitio de la fístula.* El laberinto membranoso está intacto, pero su excitabilidad es anormal. Laberintitis serosa circunscrita. Existe más que una simple alteración de la capsula, los canales mismos están atacados. Alteración de las pruebas nistagmicas. Los canales pueden recuperar su excitabilidad.

Laberintitis purulenta circunscrita. — La infección ha sido más grave: el nervio vestibular está definitivamente paralizado.

Laberintitis difusas agudas. — Todo el laberinto es invadido súbitamente. Etiología. Panotitis aguda unilateral. Accidentes laberínticos post operatorios. Inicio

dramático. Marcha clínica. Síntomas de irritación laberíntica: síntomas vestibulares, vértigos, trastornos del equilibrio, nistagmo espontáneo. Síntomas de parálisis laberíntica: todas las pruebas nistágmicas son negativas; signos acumétricos que indican el pasaje de la supuración del oído medio al interno. Evolución: laberintitis aguda serosa; la laberintitis aguda cura y la excitabilidad del nervio vestíbulo-coclear vuelve. Laberintitis aguda purulenta; la laberintitis aguda cura, pero la parálisis del nervio vestíbulo-coclear es definitiva: curación espontánea de las laberintitis agudas: la laberintitis aguda es excepcionalmente el punto de partida de una meningitis; su pasaje al estado crónico.

Laberintitis difusa crónica.—Faltan síntomas imponentes. Necesidad de una exploración sistemática del oído interno. Etiología laberintitis de causa banal; laberintitis crónica y tuberculosis. Inicio. Desarrollo. Incidioso de la laberintitis crónica. Periodo de estado. No debe darse gran importancia á los síntomas acusados por el enfermo, para el diagnóstico de una laberintitis crónica. Las pruebas laberínticas solo permiten reconocer la existencia de una laberintitis crónica. Lesiones que pueden encontrarse en la mesa de operaciones. Laberintitis complicadas. La infección laberíntica gana el endocráneo. Frecuencia de las complicaciones endocraneanas. Estas son más frecuentemente lesiones de la fosa cerebelosa. Laberintitis y absceso del cerebelo. Hay laberintitis ó absceso del cerebelo. Hay laberintitis: Está complicada de un absceso del cerebelo? Laberintitis y meningitis. La piolaberintitis es la causa más frecuente de meningitis. Ninguno de los signos clínicos de la meningitis se encuentra en una laberintitis simple. Gravedad de la laberintitis. Tratamiento. El tratamiento varía según las formas clínicas y según las lesiones. Las indicaciones operatorias son todavía muy discutidas. Indicaciones operatorias. La tuberculosis es una contraindicación. El vaciamiento simple es suficiente en las laberintitis crónicas. Las laberintitis agudas deben someterse á la expectación, pues algunas se terminan por la resolución espontánea. Debe operarse las laberintitis crónicas que no son sino la osteitis crónica del peñasco.

La intervención quirúrgica se basará en las lesiones encontradas en la operación: Vaciamiento simple si no hay sino una simple fístula; trepanación del laberinto si las lesiones son más acentuadas. Técnica de la trepanación del laberinto. Vaciamiento petro-mastoideo; exploración de la pared externa del laberinto; investigación de las fístulas. Apertura anterior del vestíbulo; trepanación del promontorio y del caracol. Examen y curetaje del vestíbulo. Investigación de la rama interna del canal horizontal; contra-abertura posterior del vestíbulo. Resección parcial del bloc de los canales semicirculares y del tejido esponjoso retro-laberíntico. Modificaciones de la técnica para la trepanación laberíntica.

Laberintotoxias. — Causas. Patogenia. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Sífilis del oído interno — Acompaña ordinariamente las manifestaciones terciarias. Anatomía patológica. Síntomas. Marcha. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento. Acción del Salvarsan y neo-salvarsan en las otopatías,

Leucemia del laberinto. — Anatomía patológica. Síntomas. Pronósticos. Tratamiento.

Enfermedades del nervio y centros auditivos. — Hiperhemia. Neuritis descendente. Atrofia del nervio. Parálisis. Síntomas. Tratamiento,

VIII *Traumatismos del oído* — Pabellón. Conducto auditivo: de las partes blandas y las paredes óseas; fracturas del conducto propagadas al peñasco. Sintomatología y evolución clínica. Tratamiento. Caja del tímpano. Etiología. Sintomatología. Evolución. Laberinto. Sintomatología. Tratamiento. Trompa de Eustaquio. Mastoides.

Neoplasmas del oído. — Tumores benignos: fibromas queloides, nudosidades tuberculosas del lóbulo, angiomias, osificación del pabellón, quistes sebáceos y dermoides, osteomas, pólipos del conducto y de la caja; síntomas. Tratamiento. Tumores malignos: sarcomas; tumores del nervio acústico, carcinomas.

Malformaciones del oído. — Principales malformaciones. Patogenia. Tratamiento.

Neurosis del oído.—Otalgia nerviosa ó neuralgia del plexo timpánico. Anestesia del pabellón. Contracturas espasmódicas de los músculos del martillo y del estribo.

Neurosis del nervio auditivo

Sordo-mudez.—Es el mutismo consecutivo á la sordera con integridad del órgano vocal. Todo niño sordo quedará mudo. Etiología: sordera congénita y adquirida. Síntomas. Diagnóstico: es muy difícil durante los dos primeros años. Tratamiento a) profiláctico. b) pedagógico; dos métodos: el de los signos y el oral. Ejercicios acústicos. Un tercio de los sordo-mudos llegan á hacerse comprender por todo el mundo (Hartmann).

Las enfermedades del oído bajo el punto de vista social. Servicio militar; medicina legal.



Enfermedades de la nariz

y de los senos accesorios



Enfermedades de la nariz

y de los senos accesorios.

I. ANATOMIA DE LA NARIZ

Comprende 1º la nariz; 2º las fosas nasales propiamente dichas 3º los senos.

Nariz.— Límites, Forma exterior y exploración, Planos superficiales, Pleno esquelético, Cubierta mucosa.

Aparato de la olfacción.—Comprende las fosas nasales y las cavidades anexas.

Fosas nasales propiamente dichas.— Consideraciones generales, Estudio descriptivo de las fosas nasales. Orificio anterior; ventanas nasales ó vestíbulo de las fosas nasales; dimensiones, configuración exterior y relaciones, estructura. Pared interna, tabique; dimensiones, configuración exterior y relaciones, estructura. Pared externa: porción preturbinal, porción turbinal, cornetes y meatos en general. Cornete y meato inferior; su conformación exterior y relaciones, su estructura. Cornete y meato medio; conformación exterior y relaciones, su estructura. Cornete y meato inferiores; conformación exterior y relaciones, su estructura. Cuarto cornete y cuarto meato. Pared superior ó bóveda; configuración exterior y relaciones. Pared inferior ó suelo; configuración exterior y relaciones. Orificio posterior ó coanas. Vasos y nervios.

Cavidades anexas de las fosas nasales.

Células etmoidales.— Situación y límites, Arquitectura y estructura, Número y dimensiones, Clasificación, Configuración y relaciones.

Senos esfendoidales.— Tabique intersinusal, Dimensiones y capacidad, Cavidad sinusal y su cubierta, Paredes y relaciones, Orificio sinusal, Exploración y vías de acceso.

Senos frontales.— Tabique mediano, Dimensiones y capacidad, Cavidad sinusal y su cubierta, Paredes y relaciones de los senos frontales, Canal frontal, Exploración y vías de acceso.

Senos maxilares — Dimensiones; cavidad sinusal y su revestimiento. Forma y relaciones del seno maxilar. Exploración y vías de acceso.

Fisiología de las fosas nasales.

Rol respiratorio; rol olfatorio; rol fonético. Rol de los senos.

II, EXAMEN DE LAS FOSAS NASALES

Examen físico.— Inspección: examen nasal externo; examen del vestíbulo, Rinoscopia, Fuentes luminosas. Diversos tipos de luz, Espejo frontal. Fotóforo frontal, Espejo de Clar, Rinoscopia anterior, Especulum nasal; diversos tipos. Técnica de la Rinoscopia anterior. Rinoscopia posterior, Espejos, Técnica de la rinoscopia posterior, Elevadores del velo del paladar. Rinoscopia mediana, Técnica.

Salpingoscopia, Su técnica.

Trans iluminación. Principio del método, Técnica de Hering. Aparato de Furet para la exploración simultánea de los dos senos frontales,

Fotografía, Su empleo en Rinología.

Palpación: es directa ó indirecta, Palpación directa: externa ó profunda, Tacto nasofaríngeo: Palpación indirecta.

Examen microscópico y bacteriológico.

Examen funcional:— Función respiratoria. Rinometría, Neumodógrafo de Courtade, Espejo de Glatzel. Función olfatoria, Olfatómetro de Zwaardemaker y

Reuter, Función fonatoria, Examen de la sensibilidad.

III. TERAUPETICA GENERAL

Asepsia del operador y de los instrumentos.

Anestesia general y local.

Limpieza de las fosas nasales: á seco; por irrigaciones; sus inconvenientes, sus peligros; técnica de su empleo.

Aplicación de medicamentos, Medicamentos sólidos, Polvos: por aspiración ó por insuflación, Técnica, Medicamentos líquidos, en irrigaciones, pulverizaciones, en toques y baño nasal, Medicamentos al estado de vapor, Fumigación. Su técnica.

Pequeñas intervenciones corrientes, Cauterización: cáusticos químicos y con el galvano cauterio, Técnica de estos procedimientos, Asa galvanica, Su técnica. Asa fria, Aprieta nudos ó polipótomos, Su técnica.

Masaje vibratorio, Su técnica Indicaciones.

Aereotermoterapia, Aparato de aire caliente de Lermoyes y Mahu, Técnica de su empleo, Indicaciones,

Hemato-aspiración, Técnica de este procedimiento: sus aplicaciones.

IV. SEMEIOLOGIA GENERAL

Obstrucción nasal. Sus causas, Variedades, Actúa de dos maneras: de una manera negativa impidiendo la acción fisiológica de las fosas nasales; y de un modo positivo determinado, diversos trastornos patológicos, Acción negativa: perturbaciones en las funciones respiratoria, olfatoria y fonatoria, Acción positiva: trastornos de la audición; trastornos oculares; trastornos de la respiración y de la circulación; trastornos en el desarrollo físico é intelectual; trastornos reflejos,

Dico mias. Anosmia, Es total ó parcial, Olfatómetro de Reuter Variedades: anosmia respiratoria, sus causas, síntomas, diagnóstico y tratamiento; anosmia esencial, sus variedades, diagnóstico y tratamiento;

Anosmia central, sus variedades, diagnóstico y tratamiento.

Hiperosmia: variedades, diagnóstico y tratamiento.

Parosmia, *Parosmia* propiamente dicha, *Cacosmia*: es objetiva ó sub-jetiva; diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Supuración nasal, Sus causas; Es primitiva ó secundaria, Diagnóstico, Pronóstico y tratamiento.

Epístaxis, Definición, Etiología, Sus causas son locales ó generales. Entre las causas locales tenemos: los traumatismos y una lesión nasal: Entre las causas generales: un trastorno vascular, un trastorno circulatorio y la degeneración de las paredes vasculares, Anatomía patológica; En las epístaxis espontáneas, el sitio de la lesión es en la parte ántero inferior del tabique nasal, (locus Valsalva, locus Kiesselbachi); Causas de esta localización, Síntomas, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento, Paliativo y curativo, Cauterización, taponamiento, Técnica de estos procedimientos.

Hidrorrea, Existen dos clases: las rino-hidrorreas entópicas y las rino-hidrorreas ectópicas, Las primeras son determinadas por diferentes causas: rinitis hidrorreicas; las rinitis espasmódicas y las rinitis reflejas, Rinitis hidrorreicas. síntomas anatomía patológica, etiología y patogenia, tratamiento. Rinitis espasmódica. Rinitis refleja. Rino-hidrorrea ectópica, Hay dos clases: las craneo-hidrorreas y las seno-hidrorreas, Craneo-hidrorreas, etiología, anatomía patológica, síntomas, pronóstico, tratamiento. Seno-hidrorrea, síntomas y tratamiento.

Malformaciones,

La localización y la naturaleza de las malformaciones nasales permite dividir las en: 1º malformaciones y destrucciones de la nariz; 2º sinequias y 3º malformaciones del tabique nasal,

Malformaciones y destrucciones de la nariz, Sus causas y variedades, Son congénitas y patológicas, Tratamiento, Rinoplastias: indiana, francesa é italiana.

Sinequias, Sus variedades, Son congénitas ó adquiridas, Su división en anteriores, medianas y posteriores, Sinequias anteriores, Etiología, Síntomas,

Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento, Sinequias medianas, Etiología, Anatomía patológica, Síntomas
Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento, Sinequias posteriores. Etiología. Patogenia, Síntomas, Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento.

Deformaciones del septo nasal, El tabique nasal tiene horror de la línea vertical, Etiología, Frecuencia, Raza, Sexo. Edad. Patogenia, Diversas teorías para explicar las desviaciones del septo, Estas reconocen en general dos causas: un origen traumático y un origen constitucional, Anatomía patológica, Hay tres variedades de malformaciones: las desviaciones propiamente dicha; las crestas y los espolones ó espinas, Lewenberg distingue dos clases de desviaciones. las horizontales y las verticales, Síntomas signos físicos y funcionales, Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento, Métodos por movilización y por resección, Diversos procedimientos operatorios de uno y otro método. Procedimiento de Killian para la resección submucosa del septo nasal. Su técnica, Con este método operatorio pueden curarse todos los casos, Algunas modificaciones de la técnica de Killian, Rinotomía sublabial en ciertas formas graves de desviación,

Microrrinia, Tratamiento.

Dilatación de la ampolleta etmoidal, Diagnóstico, Tratamiento.

VI LESIONES TRAUMATICAS DE LA NARIZ

Contusiones. Heridas. Fracturas y luxaciones de los huesos propios, Fracturas y luxaciones del tabique. Etiología, Sintomatología, Diagnostico, Tratamiento,

Dermatosis vestibulares,

Fisuras. Eczemas. Sicosis, Forunculo- Síntomas. Diagnóstico Tratamiento.

VII AFECCIONES DEL TABIQUE NASAL

Hematoma, Etiología, Anatomía patológica, Síntomas, Diagnóstico, Pronóstico, Tratamiento.

Abceso del tabique, Etiología, Anatomía patológica, Síntomas, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento.

Quistes serosos.

Ulcera perforante del tabique, Etiología, Anatomía Patológica, Síntomas, Diagnostico, Pronóstico, Tratamiento,

VIII RINITIS

Rinitis aguda. Etiología, Causas predisponentes y determinantes, Síntomas: generales y locales, Complicaciones, Anatomía patológica, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento.

Coriza agudo infantil, Etiología. Síntomas, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento.

Rinitis crónica hipertrofica simple. La rinitis crónica simple y la rinitis crónica hipertrofica no son sino grados de la misma enfermedad ó modos de reacción diferente de la inflamación crónica. Etiología, Anatomía patológica. Hay primero congestión difusa sin hipertrofia, despues viene la hipertrofia; esta es difusa ó circunscrita, Síntomas Funcionales. Obstrucción nasal; 1º intermitente, después continúa; trastornos de la secreción nasal, Síntomas físicos: catarro congestivo, su aspecto microscópico, forma hipertrófica, su aspecto microscópico. Formas localizadas y difusas. Complicaciones Marcha, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento, Causas generales y causas locales Tratamiento médico general, Tratamiento local, Desechar los lavados nasales con el sifon de Weber, que tantos daños hacen pues agravan la afección en vez de curarla; emplear pulverizaciones á base de aceite de vaselina con mentol, cloretona etc, etc, que sí son eficaces. Toques nasales con soluciones ligeramente astringentes; soluciones de nitrato de plata (1 % al 5%) de protargol, argirol, etc. producen en algunos casos buenos resultados; cauterizaciones químicas (poco empleadas hoy) y galvano cáusticas. Indicaciones de las galvano-cauterizaciones, Su técnica, Insuflaciones de aire caliente á 90º en la nariz por medio de un aparato especial (Mahú) es alabado por algunos autores. Cuando hay hipertrofia hay que intervenir quirúrgicamente resecaando la mucosa y algunas

veces la parte osea (concomitancia parcial ó total), Instrumentos especiales con los que se practica esta operación, Técnica de esta operación, No debe abusarse de estas intervenciones (como desgraciadamente pasa con gran frecuencia) y limitarlas, cuando sean necesarias, á lo estrictamente preciso, dada la importancia de la función que desempeña la pituitaria y á los peligros de la excesiva dilatación nasal, Cuidados consecutivos á estas operaciones, Operación de Linhart; su técnica é indicaciones.

Rinitis espasmódica, El coriza espasmódico y el catarro de henos ó *hay fever* no difieren sino por su etiología; pueden todos dos conducir á la forma asmática, La rinobronquitis espasmódica paroxística, Etiología Síntomas, El catarro de henos ó *hay fever*, Patogenia, Teorías diversas para explicarla: teoría metereológica; teoría microbiana; teoría del polen; teoría nasal; teoría neuro artrítica; teoría ecléctica, Síntomas, Tratamiento: tratamiento general: tratamiento local médico: atropina; tesricnina: sulfato de quinina; medicación tiroidea: insuflaciones nasales de aire caliente; cocaína; sus peligros; polvos de ortoformo, adrenalina; polantina de Dunbar, suero-colirio de los doctores Billard y Mallet; gramínal de Avelis. Tratamiento quirúrgico: galvano cauterización: morcellement de la mucosa del cornete inferior cuando hay hipertrofia; resección de crestas ó espinas: Método de Stein de Chicago para aniquilar la receptividad de la pituitaria; inyecciones intersticiales de parafina (Moure),

Rinitis pseudo-membranosas,

Rinitis diftéricas. Rinitis diftéricas simples, Etiología. Sintomatología. Rinitis diftéricas combinadas. Etiología. Hay dos tipos: la estrepto-difteria nasal y la estrepto difteria naso-faríngea. Complicaciones de las rinitis diftericas: locales y generales. Anatomía patológica. Pronóstico. Diagnóstico.

R. nitis difteroid. s. Etiología. Síntomas. Anatomía patológica. Pronóstico. Diagnóstico.

Tratamiento de la rinitis pseudo-membranosas. Tratamiento general. Tratamiento local.

Ozena: Incertidumbre sobre la naturaleza y sobre las causas de la ozena. No debe considerarse como ozena toda forma morbosa en la que domina el mal olor de la nariz. Caracteres de la ozena. Mal olor. Particularidades de la secreción. Atrofia de los tejidos. La ozena no está siempre limitada á las fosas nasales, Etiología. Influencia de la edad; del sexo; la posición social; la sífilis; la tuberculosis. Anatomía patológica. Degeneración grasosa del epitelio de las glándulas mucíparas y de sus conductos excretores. Investigaciones de Cholewa y Cordes. Patogenia. Teorías anatómicas y teorías infecciosas, Teoría que niega á la ozena su entidad nosológica, teoría de Grunwald y Michel. Objeciones á esta teoría; modo de formarse de las costras. Teoría de Zaufal; objeciones á la teoría de Zaufal. Teoría de Berliner; objeciones á esta teoría. Teoría de la metaplasia del epitelio; objeciones á esta teoría. Teorías inflamatorias. Teoría de Cozzolino. Teoría de Lautmam y Baumgarten. Teoría de Cabonche y Moure. Teorías infecciosas. Bacilo mucoso de Lowenberg, Bacilo pseudo diftérico. Bacilo de Pes y Gradenigo. Coccobacilo de Pérez. Investigaciones recientes de Krauss y Hoffner que confirman la teoría patogénica de Pérez, Discusión de estas teorías, Sintomatología. Mal olor. Causas del mal olor. Anosmia. Cacosmia. Aspecto rinoscópico, Atrofia, Deformaciones del dorso de la nariz, Faringitis y Laringitis ozenosas, Sinusitis y Otitis medias ozenosas; Ozena unilateral. Pronóstico. Tratamiento, Influencia de las diversas teorías sobre el tratamiento, Método de Flatau, Método de Moure y Brindel por las inyecciones submucosas de parafina, Técnica de este procedimiento, Hay casos en que no es aplicable, Modificación de Botey en la técnica de las inyecciones de parafina, Hoy el método de las inyecciones de parafina constituye el mejor tratamiento de la ozena, Método de Cholewa y Cordes para modificar las alteraciones de los huesos, Tratamiento general para modificar el terreno sobre el cual se desarrolla la enfermedad, Seroterapia antidiftérica de Belfanti y Della Vedova, Tratamiento antiséptico local, Lavados nasales, Taponamiento de Gottstein, Masaje medicamen-

tos. Electrólisis, Crítica de estos procedimientos. Reducción respiratoria de Foy. Vacuna—Suero de Hoffner,

IX AFECCIONES CRONICAS ESPECIFICAS DE LAS FOSAS NAALES

Tuberculosis nasal,

Tuberculosis propiamente dicha, Etiología, Síntomas; se presenta bajo dos formas: la úlcera tuberculosa y el tuberculoma ó forma vegetante, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento,

Lupus, Etiología Anatomía patológica Síntomas Pronóstico Diagnóstico Tratamiento

Sífilis nasal

Sífilis adquirida La localización de la sífilis se hace sobre la cubierta externa de la nariz ó en el interior de las fosas nasales, Sífilis de la cubierta externa de la nariz; Chancro indurado; sus caracteres Sífilis secundaria; sus caracteres Sífilis terciaria; sus síntomas. Sífilis de la mucosa nasal; chancro indurado; sus síntomas Diagnóstico Pronóstico Sífilis secundaria sus síntomas Diagnóstico. Pronóstico; Sífilis terciaria Su anatomía patológica, Síntomas Terminaciones Pronóstico Diagnóstico

Sífilis hereditaria.

Sífilis hereditaria precoz Sífilis hereditaria tardía Tratamiento de la sífilis nasal Tratamiento general clásico Valor del Salvarsan y del neo-salvarsan en la sífilis nasal Tratamiento local Prótesis nasal Valor de las inyecciones de parafina para corregir las deformidades nasales causadas por la sífilis

Rinoscleroma Etiología Esta enfermedad se encuentra en el Perú y yo la he observado por primera vez entre nosotros Bacilo de Fritsch Anatomía patológica Síntomas iuncionales y físicos Pronóstico Diagnóstico Tratamiento Acción de los rayos X en el rinoscleroma Tratamiento quirúrgico

Lepra Etiología Anatomía patologica Síntomas Tratamiento

Muermo Etiología Síntomas Tratamiento.

Actinomicosis Etiología Síntomas Tratamiento
Enfermedad de las primeras vías aéreas propia de
nuestras regiones orientales descrita por el Dr. Dénegri

X TUMORES BENIGNOS

Pólipos mucosos Son degeneraciones benignas de la mucosa nasal Etiología; frecuencia; influencia de la edad; sexo; raza Anatomía patológica Número; volúmen; forma; sitio; su estructura; su coexistencia con tumores malignos Síntomas: funcionales y físicos Pronóstico Diagnóstico, Tratamiento: varía según la forma de los pólipos Extirpación con el polipótomo: asa fría; asa caliente Curetaje Operación de Luc Su técnica

Pólipos hemorrágicos Etiología Influencia de la edad sexo traumatismos Anatomía patológica Síntomas Diagnóstico Pronóstico Tratamiento

Papilomas Etiología Anatomía patológica Síntomas: funcionales y físicos Pronóstico Diagnóstico Tratamiento

Adenomas, Etiología, Patogenia, Anatomía patológica, Síntomas, Tratamiento.

Osteomas, Etiología, Patogenia, Anatomía patológica, Síntomas, Diagnóstico, Pronóstico. Tratamiento.

Encondromas, Etiología. Anatomía patológica, Síntomas, Diagnóstico. Tratamiento.

XI TUMORES MALIGNOS

Sarcoma, Etiología; Anatomía patológica. Sitio de implantación, Variedades anatómicas, Síntomas: subjetivos y objetivos, Marcha, Pronóstico.

Epitelioma, Es mas raro que el sarcoma, Etiología, Anatomía patológica, Síntomas, Pronóstico

Diagnóstico de los tumores malignos, Existe uu tumor, ¿Es sólido ó líquido? Si es un tumor solido, ¿cual es su naturaleza? Se trata de un sárcoma ó un epitelioma?

Tratamiento de los tumores malignos: Es paliativo ó quirúrgico, Cuando el tumor esta demasiado propagado, con caquexia avanzada y cuando existen síntomas cerebrales, la operación está contraindicada y se hará la medicación paliativa. Tratamiento quirúrgico, Cuando el tumor maligno esta bien limitado, se procede á su extirpación intra-nasal por medio de curetas, tijeras, ó galvano caustico (Moure); pero cuando esto no es posible, se puede emplear ya la operación de Rouge ó rinotomía sub-labial; ya la operación de Ollier ú osteotomía vertical y lateral. Técnica de estas operaciones. Rinotomía lateral de Chassaignac; su técnica, Procedimiento de Moure, su técnica, sus ventajas.

XII CUERPOS EXTRAÑOS Y PARASITOS

Cuerpos extraños y Rinolitos. Etiología. Los cuerpos extraños propiamente dichos penetran: por las narices; por las coanas; por efracción. Rinolitos. Anatomía patológica. Síntomas: funcionales y físicos. Evolución Diagnóstico Pronóstico Tratamiento Los cuerpos extraños son extraídos: por vía anterior; por vía posterior; por vía artificial Técnica de estos procedimientos

Parasitos de las fosas nasales Etiología Síntomas Pronóstico Diagnóstico Tratamiento

XIII NEUROSIS REFLEJAS DE ORIGEN NASAL

Su mecanismo Teoría de Hack Exageraciones de esta teoría Puntos genitales de Fliesz Neurosis reflejas que se producen en la nariz misma ó en su vecindad inmediata y neurosis reflejas que se producen en territorios lejanos Reflejos en la nariz misma: el extornudo, reflejo que parte de las fibras del trigémino nasal del nervio etmoidal actúa sobre los músculos expiratorios su mecanismo; trastornos locales y generales que lo acompañan; crisis, de estornudos. Hidrorrea nasal serosa. Reflejos en la vecindad inmediata de la nariz: eritema, edema, pseudo-erisipela de la nariz y de su vecindad, cefalalgia, sus causas; neuralgias. Reflejos que se producen

en organos lejanos: pesadillas; asma broquial ó nerviosa; espasmo de la glotis; la tos; afecciones oculares; enfermedad de Basedow etc, etc.: necesidad de una lesión que explique la enfermedad sospechosa de neurosis refleja y esperar el resultado del tratamiento para aceptar la como tal.

Manifestaciones nasales en las diversas enfermedades y en las intoxicaciones.

XIV ENFERMEDADES DE LOS SENOS O CAVIDADES ACCESORIAS NAALES.

Supuraciones del antro maxilar. El empiema maxilar no ha sido clínicamente bien conocido sino después de la rinoscopia. Trabajos de Ziem. Consideraciones anatomicas. Dimensiones variables del antro maxilar. Relaciones de su suelo con los alveolos dentarios. Prolongamientos del antro. Relaciones del antro con la cavidad nasal. Ostium maxilar. Su situación es desfavorable para el desague del pus antral. Ostium accesorio. Mucosa del antro. Anatomía patológica del empiema maxilar. Modificaciones de la mucosa. Extensión de las lesiones á la mucosa del meato medio. Caracteres objetivos del pus. Sus caracteres bacteriológicos. Etiología. Origen nasal ó dentario. Mecanismo del empiema de origen dentario. Sintomatología. El síntoma constante y característico es el derrame purulento por la fosa nasal. Fetidez subjetiva. Resultado del examen rinoscópico. Aspecto de la mucosa del meato medio. Forma benigna de la enfermedad. Forma crónica. Fenómenos de obstrucción nasal. Diagnóstico. Valor de la rinoscopia. Constatación de mixomas y de pus en el meato medio. Hipertrofia de la mucosa simulando el cornete medio (Kaufmann). Expulsión de masas caseosas. Los signos precedentes no son propios al empiema maxilar. Valor del método de la transiluminación facial, para la determinación del origen del pus. Signo de Fraenkel. Signo de Heryng. Signo de Vohsen. Davidson. Signo de Garel—Burger. Signo de Robertson. Signo de Guisez. Valor relativo de estos diversos signos. Diagnóstico por las punciones transmeáticas. Téc-

nica de estas punciones. Signo de la capacidad de Mahu. Valor absoluto del resultado positivo de la punción. Valor relativo del resultado negativo. Apertura exploradora por la fosa canina. Aplicación de la radiografía facial al diagnóstico. Pronóstico. Tendencia de la antritis aguda á la curación espontánea. Importancia de la extracción de los molares cariados. Aplicación de las punciones transmeaticas al tratamiento de las formas agudas. Necesidad de tratar operatoriamente las lesiones nasales. Elementos de pronóstico sacados de los caracteres del pus. Pronóstico particularmente favorable de la forma caseosa. Tratamiento. Límites que debe darse al tratamiento por las punciones. Operaciones por la vía nasal. Operación de Claoué. Operación de Gavello. Operación de Rethi. Técnica de estas operaciones. Aplicación de la anestesia local en la curación radical de la Antritis. Técnica de la operación de Cadwell-Luc. Operación de Desault. Indicaciones de estos procedimientos operatorios. Sus resultados.

Supuracúes de los aniros frontales. Consideraciones anatomicas. ¿Que debe entenderse por infundibulum? Trabajos de Mouret. Relaciones del antro frontal con las células etmoidales. Etiología. El principio de la antritis frontal es frecuentemente impreciso. Dependencia etiológica recíproca de los empiemas maxilar y frontal. Sintomatología. Forma aguda. Forma crónica. Latencia de la afección mientras el pus se derrama facilmente. Signos de la retención purulenta. Dolor. Signos objetivos al nivel de la pared anterior. Accidentes consecutivos á la retención. Infiltración del párpado superior. Consecuencias de la perforación del suelo del antro. Menor frecuencia de la migración del pus á travéz de la pared posterior. Las complicaciones craneanas é intracraneanas sobrevienen con frecuencia espontáneamente, independientemente de todo acto operatorio. Diagnostico. Sus dificultades especiales fuera de los accidentes de retención purulenta. La rinoscopia no nos enseña cual es el origen del pus. Valor de los signos locales al nivel de la región frontal. Sensibilidad á la presión y á la percusión. Valor de la transiluminación frontal. Técnica de la diáfanoscopia sub-

frontal. Causas de error inherentes á este método, Diagnóstico diferencial por exclusión entre las supuraciones frontal y maxilar, Diagnóstico del empiema frontal bilateral. Diagnostico del empiema frontal, después de la aparición de ciertas complicaciones. Valor de los rayos X para el diagnostico de las sinusitis frontales Tratamiento de las supuraciones del antro-frontal. Tratamiento de las formas agudas. Medios puramente médicos, Indicación de la resección de la cabeza del cornee medio.indicaciones de la apertura del antro en las formas agudas. Límites que debe darse en estos casos á la apertura del antro. Debe evitarse en lo posible operar en caliente. Técnica de la opertnra del antro en las formas agudas, Punto de elección para atacar el hueso. Peligro de la reunión inmediata y completa de la herida cuando se opera en caliente, Curación húmeda. Reunión secundaria de la herida. Desinfección simultánea del antro maxilar. Tratamíento de la antritis crónica. Condicionos que son necesarias en su ejecución. Método de Ogston—Luc. Los principios en que se funda. Sus resultados variables según los casos, Sus peligros. Mecanismo de los accidentes post operatorios, Método de Kunht. Dificultad de su realización Procedimiento de Killian, Principíos en que se funda Importancia de la destrucción del foco etmoidal. Técnica de Luc. Modificaciones de esta técnica 1º en casos de antro muy amplio; 2º en caso de antritis recalentada. Cuidados post-operatorios. Ventajas de este método. Críticas que se le han hecho. Tratamiento de la sinusitis frontales crónicas por vía endonasal, Su técnica y resultados. Trepanación del seno frontal por vía orbitaria. Trepanación osteoplástica del seno frontal Sinusectomía,

Supuración de las células etmoidales. Anatomía ce las células etmoidales. Etiología. Oríen habitualmente nasal. Rareza del empiema limitado á las células etmoidales. El laberinto etmoidal es infectado por los senos vecinos ó al mismo tiempo que ellos por una causa común. Coexistencia especial del empiema etmoical con el empiema fronto maxilar. Mecanismo de la infección étmoidal, Peligro de las irrigaciones nasales. Empiema etmoidal de oríen orbitario y de orí-

gen encefálico. Anatomía patológica. Empiema libre. Osteitis fungosa rarefaciente. Relaciones de la etmoiditis con los mixomas nasales. Irrupción del pus etmoidal en las cavidades vecinas. Su frecuencia en la órbita es muy rara en la cavidad craneana. Sintomatología. Empiema libre. Salida del pus por la nariz ó por la faringe. Obstrucción nasal por mixomas. Síntomas subjetivos diversos. Resultados de la rinoscopia anterior y posterior. Exploración complementaria por medio del estilete, de la cureta y del gancho. Ventajas de la concotomía mediana para facilitar esta exploración. Diagnostico. En el caso de empiema cerrado; y en el caso de supuración libre ó abierta de las células anteriores. Diferenciación de la supuración etmoidal aislada ó asociada. Empleo de la transiluminación. Diagnóstico del empiema etmoidal posterior. Su diferenciación con el empiema esfenoidal. Diagnóstico del empiema abierto en la orbita. Determinación del sitio de la perforación ósea en caso de fistula. Pronóstico. La existencia del empiema etmoidal complica el tratamiento de las supuraciones frontal y maxilar. Tratamiento. No puede ser sino quirúrgico. Se reasume en el curetaje del foco por diversas vías según los casos. Límites del curetaje etmoidal por vía nasal. Técnica de la apertura del etmoides por medio de las pinzas planas de Luc. Indicaciones del curetaje etmoidal por vía externa; cuando hay exteriorización de la etmoiditis en la órbita; cuando hay coincidencia de una supuración frontal. Operación por vía nasal artificial rinotomías. Procedimiento de Moure; su técnica. Operación por vía orbitaria. Su técnica. Procedimientos de Harris Mosher para abordar el laberinto etmoidal. Su técnica. Resultados de estos diversos procedimientos operatorios.

Supuración de los senos esfenoidales. Anatomía de los senos esfenoidales. Grosor de las diversas paredes del antro. Relaciones de vecindad: pared superior, quiasma óptico, cuerpo pituitario, seno cavernoso; pared anterior ó nasal. Orificio del antro; su forma y situación. Relaciones con las células etmoidales posteriores. Etiología. Es bastante obscura. Rol preponderante de la influenza. Coexistencia frecuente de otra-

antritis. Ozena é irrigaciones nasales. Enfermedades infecciosas. Anatomía patológica. Caracteres del pus. Modificaciones de la mucosa. Alteraciones óseas. Infección intra-craneana posible con ó sin perforación de la pared ósea. La leblitis cavernosa es la forma mas frecuente de esta infección. Sintomatología. Salida del pus mas por la faringe que por la nariz. Pólipos en la vecindad de las coanas. Cefalea, su sitio. Vértigo. Trastornos oculares. Diagnóstico. Datos suministrados por lo rinoscopia posterior y por la rinoscopia anterior. Cateterismo del seno. Maniobras preparatorias para este cateterismo. Técnica del cateterismo. Valor de la radiografía para el diagnóstico de la sinusitis. Tratamiento. Apertura del antro por vía nasal. Se facilita esta técnica destruyendo el etmoides por medio de pinzas. Signos por medio de los cuales se conoce que se ha penetrado en el antro esfenoidal. Necesidad de una amplia apertura, Curetaje y cauterización. Deben evitarse los taponamientos prolongados. Vía frontal para atacar el esfenoides. Vía maxilar cuando coexiste la esfenoiditis con antritis maxilar. La rinotomia lateral de Moure dá una amplia vía para actuar sobre el esfenoides. Trepanación del esfenoides por el seno maxilar á travéz del etmoides (Jansen); hácia dentro del etmoides (Furet). Técnica de de estos procedimientos. Trepanación del esfenoides por la vía orbitaria. Técnica operatoria. Trepanaciones del esfenoides por la vía frontal. Su técnica. Crítica de estos procedimientos operatorios.

Pansinusitis. Asociación de los diversos focos supurativos perinasales. Rareza del empiema aislado en las cavidades frontales y etmoidales. Gran resistencia del antro maxilar para infectarse por el pus frontal. Empiema fronto-maxilar. Participación frecuente de las células etmoidales en esta forma de empiema. Extensión posible á los antros. Invación de las cavidades del lado opuesto. Panantritis. Mecanismo de estas infecciones múltiples. Reglas de su tratamiento quirúrgico.

XV. LESIONES TRAUMATICAS DE LOS SENOS

Seno maxilar. Etiología. Síntomas. Tratamiento.

Seno frontal. Etiología. Síntomas. Tratamiento.

Células etmoidales. Etiología. Síntomas. Tratamiento.

Seno esfenoidal. Etiología. Síntomas. Tratamiento

Cuerpos extraños de los senos. Etiología Síntomas Tratamiento.

Fístulas sinusales. Etiología. Síntomas. Tratamiento.

XVI. TUMORES DE LOS SENOS

Tumores benignos. Son primitivos ó secundarios. Los primitivos se dividen en tumores inflamatorios y en tumores benignos propiamente dichos. Los secundarios son los quistes dentarios. Tumores inflamatorios. Tumores benignos propiamente dichos. Osteomas, Encondromas. Angiomas. Fibromas. Papilomas. Coles-teatomas.

Tumores malignos. Etiología. Anatomía patológica. Síntomas. Pronóstico. Tratamiento. Bajo este punto de vista Moure divide los tumores en dos grupos: el primer grupo comprende las neoplasias que ocupan el tercio anterior de la mucosa pituitaria (septum, suelo cornete superior ó medio), operación por las vías naturales, pronóstico bueno. El segundo grupo comprende los tumores que se encuentran en la parte superior de las fosas nasales ó en las cavidades accesorias. Operación por vía externa (vía trans-maxilo-nasal). Malo ó dudoso pronóstico.

Enfermedades de la faringe

ENFERMEDADES DE LA FARINGE

I. Anatomía de la faringe. La faringe es una cavidad músculo-membranosa dirigida verticalmente, situada detrás de las fosas nasales y de la boca y que termina por abajo en la laringe y en el esófago. Se divide en tres porciones: 1^a naso-faringe (cavum naso-faringeo, rinofarinx, faringe nasal) que se extiende hasta el velo palatino; 2^a la orofaringe (faringe oral, faringe, faringe bucal) limitada arriba por el velo palatino y abajo por una línea horizontal pasando por el hueso hioides; la laringo-faringe (faringe inferior) continúa la precedente y se extiende hasta la extremidad superior del esófago. Longitud de la faringe. Diámetros. Armazón óseo, coanas. Armazón fibroso. Disposición de la aponeurosis faringea. Espacio retro-laringeo. Relaciones de la faringe. Musculatura faringea; se compone de 3 constrictores: superior, medio é inferior; 2 músculos elevadores: el faringo-estafilino, y el estilo-faringeo. Mucosa faringea. Velo del paladar, pilares. Músculos del velo del paladar: el palato-estafilino, el peristafilino interno, el peristafilino externo, los faringo-estafilinos, el glosio-estafilino. Mucosa del velo del paladar. Glándulas, vasos y nervios. Uvula: su forma, su estructura. Tejido adenoideo de la faringe; forma por una aglomeración de sus elementos las amígdalas palatinas, la amígdala faríngea y la amígdala lingual. Amígdalas palatinas: su forma, sus polos inferior y superior, criptas, fosita supratonsilar, plica triangularis, margo semi-lunaris; relaciones de la amígdala palatina. Amígdala faríngea (amígdala de Luschka), su situación, su forma, recesus medio, bolsa faringea ó de Tornwaldt. Amígdala lingual, situación, forma. También se observan diseminadas en la pared posterior de la faringe oral folículos adenoideos aislados, cuyo hipertrofia dá lugar á

lo que se llama granulaciones faríngeas. Amígdala tubaria. Vasos y nervios de la faringe.

Fisiología de la faringe. La faringe tiene 6 funciones: la fagocitaria, la respiratoria, la fonética, la auditiva, gustativa y digestiva. Función fagocitaria. El tejido linfóide de la faringe merced á los leucocitos tiene un rol de defensa, retiene y destruye los microorganismos y sus toxinas. Teoría de Metchnikoff. Teorías de la secreción interna. Anillo de Waldeyer. Hoy se atribuye importancia al tejido linfóide faríngeo en la génesis de la tuberculosis pulmonar. Función respiratoria. La verdadera vía respiratoria es las fosas nasales y el naso farinx, y no la boca. La obstrucción de esta vía ocasiona trastornos considerables en la respiración, hemátosis y desarrollo. Función fonética. La faringe constituye una caja de resonancia en la formación y articulación de las palabras é influye en el timbre y volumen de la voz. Rinolalia abierta (parálisis palatina); rinolalia cerrada (obstrucción ó estrechez del naso-farinx), voz amigdalina (inmovilización del velo). Función auditiva, favorece la ventilación del oído medio por la trompa de Eustaquio. Función gustativa, las enfermedades agudas de la faringe ocasionan trastornos del gusto. Función digestiva, su importancia en la deglución. Odinofagia ó disfagia dolorosa.

II. Examen de la faringe. Iluminación; puede examinarse la faringe oral con luz directa, pero la nasal y laaringéa necesitan la luz refleja y el espejo gutural. Depresor de la lengua, el mejor es el de Tiirk. Abre-bocas. Para practicar el examen completo de la garganta es necesario: que el enfermo abra bien la boca, descubriendo sus dientes y que guarde su lengua en la boca colocada detrás del arco dentario. Dificultades para el examen. Manera de evitarlas. Examen de la faringe nasal: se hace por la rinoscopia posterior. Tacto digital. Manera de practicarlo. Dedo metálico protector. Examen de la laringo-faríngeo, se hace con el espejillo laringoscópico. Faringoscopia de Hays.

III. Patología faríngea.

Enfermedades del naso-faríngeo. *Adenoiditis aguda*: es la inflamación catarral de la amígdala de Luschka.

Síntomas. Complicaciones. Diagnóstico. Tratamiento. *Vegetaciones adenoides*, son la hipertrofia crónica de la amígdala faringéa. Historia. Anatomía patológica. El aumento de volúmen de la tonsila faringéa se hace según el tipo de simple hipertrofia, con variaciones que se refieren al grado de desarrollo de los folículos, de los vasos sanguíneos y del tejido fibroso. Etiología. Las causas pueden ser predisponentes y determinantes. Algunos autores hacen de la hipertrofia adenoidea un equivalente clínico de la escrofulosis. Las vegetaciones adenoides no son el resultado esclusivo de determinada infección, sino que son la espresión de la falta de resistencia del organismo á las causas morbosas. Influencia del clima húmedo, sugeto á rápidas variaciones de temperatura. Recientemente se han espuesto tres teorías para explicar la hipertrofia adenoidea: la del mixedema (Hertoghe); y la de una intoxicación específica (Massini); y la teoría de Ferreri. Las investigaciones de otros autores nos han confirmado estas ideas y están en estudio actualmente. Frecuencia; es muy frecuente entre los 5 y 15 años, siendo raras después de 30 años. Síntomas. Las vegetaciones adenoides provocan numerosos síntomas, entre estos predominan los de la deficiente respiración nasal y los debidos á lesiones inflamatorias propagadas del rino-farinx al oído medio. 1.º Síntomas debido á imperfecta oxigenación de la sangre por insuficiencia de la respiración bucal; la cantidad de aire que se introduce en la unidad de tiempo con la respiración bucal es menor que con la respiración nasal (Rugani); los niños roncan durante el sueño y tienen algunas veces sofocación, sudores profusos, terrores nocturnos, explicando esto la palidez, la obtusidad psíquica. 2.º Deformaciones torácicas; la insuficiencia en el volúmen del aire respirado por la boca determina alteraciones en la forma del torax. Estas deformaciones son: a) torax enfisematoso en la parte superior, atelectásico en la inferior (Fraenkel) b) torax aplanado deprimido; c) surco en correspondencia de las inserciones del diafragma (Griinwald); curvaturas deformes de la columna vertebral. También se observa una disminución en el volúmen de la voz. 3.º Acción dañosa de la respiración bucal sobre la boca y la faringe. La calidad irritante

que, por la falta de funcionalidad de la nariz, conserva el aire inspirado directamente por la boca, causa alteraciones en los labios que se secan y se rajan; los dientes, que por la rápida evaporación de la saliva se cubren de tártaro: la lengua y la faringe se secan y el paciente acusa en las mañanas la sensación de mal gusto en la boca; faringitis y laringitis crónicas. 4.º Alteraciones locales por insuficiencia de la función nasal; se encuentra atrofia del músculo orbicular de los lábios y acortamiento del labio superior, deficiente desarrollo de los músculos elevadores de las alas nasales, el paladar óseo es más cóncavo y alto que normalmente (paladar ogival), los dientes no encuentran espacio para desarrollarse y se montan los unos á los otros (ataxia dentaria), el septum nasal se desvía frecuentemente á la derecha, alteraciones todas que producen la facies adenoidea. Hay dos teorías para explicar estas alteraciones: la una admite la relación de causa á efecto; y la otra una simple coincidencia. La primera es la más plausible. 5.º Las lesiones auriculares son síntomas muy frecuentes de la hipertrofia de la tonsila faríngea: además del obstáculo mecánico que la hipertrofia tonsilar produce en el funcionamiento normal del aparato de ventilación del oído, las secreciones que esta produce son excelente medio de cultivo para los microorganismos patógenos que se difunden fácilmente al oído: las otitis medias catarrales y purulentas son muy frecuentes: la sordo mudéz puede mejorarse permitiendo el buen funcionamiento del oído por la extirpación de la amígdala faríngea hipertrofiada. 6.º La permanencia de las secreciones en la rinofarinx, consecuencia de la hipertrofia, mantiene un estado inflamatorio local que tiende á propagarse á la nariz produciendo rinitis crónicas, afecciones de las vías lagrimales y de la faringe y laringe. La micropoliadenitis cervical es un síntoma constante. Las infecciones de las amígdalas palatinas, las bronquitis y pulmonías se observan en los adenoideos. 7.º Los trastornos de la fonación son constantes, quitando la resonancia de las cavidades nasales (voz muerta de Meyer, estomatolalia). Las consonantes nasales m y n se transforman en p y b (rinolalia cerrada). 8.º La hipertrofia de la amígdala faríngea determina una serie de

reflejos: la aprosexia (Guye), la cefalea occipital, la disnea, el laringo espasmo, la enuresis nocturna, la enfermedad de Basedow, la coqueluche y algunas formas de epilepsia, el tartamudeo, etc. Diagnóstico. Síntomas de probabilidad: el aspecto típico de los enfermos (facies adenoidea), la boca semi-abierta, el acortamiento del labio superior, el adelgazamiento de la nariz, la deformación de la arcada alveolar superior, la existencia de tonsilas palatinas hipertróficas y de granulaciones en la pared posterior de la faringe, el catarro abundante descendente de la rino-faringe, la presencia de glándulas engrosadas en el cuello, etc. Los síntomas de certidumbre se obtendrán reconociendo la amígdala hipertrófica, sea por medio de las rinoscopias anterior y posterior, sea por medio de la palpación digital. En los niños es este último medio al que debe recurrirse. Examen digital. Técnica de este examen; precauciones que deben adoptarse. Tratamiento: un aumento moderado de volumen de la tonsila faríngea, que no ocasione trastornos no debe curarse, pues con la edad vendrá la involución. Pero cuando hay trastornos debe intervenir. Tratamiento médico; el general es un adyuvante, pero no por sí solo curativo. El único tratamiento racional es el quirúrgico. Antes se empleaban pinzas para extirpar poco á poco las vegetaciones adenoides, ó cauterizaciones eléctricas, pero hoy este tratamiento ha sido reemplazado por la ablación total por medio de instrumentos de varios tipos. Los más usados las curetas cortantes de Gottstein y las de Fein. Indicaciones de la narcosis general. Verdaderamente, puede prescindirse de la narcosis en una operación de tan corta duración y no muy dolorosa, pero no hay ningún inconveniente en recurrir á la narcosis producida por el bromuro de etilo ó cloruro de etilo. Técnica operatoria. Incidentes operatorios y complicaciones: hemorragia muy rara vez importante; aspiración de la tonsila en las vías respiratorias, que puede extraerse con el dedo; ruptura de la cureta, etc. Reacción general, hay algunas veces un poco de fiebre después de la operación pero que cesa pronto. Otitis media aguda, puede presentarse esta complicación, que muchas veces no puede evitarse, pero generalmente tiene

una marcha benigna. Proceso de reparación de la herida. Recidivas. Restablecimiento de la respiración nasal. Valor de la operación.

Fibromas naso-faríngeos.—El fibroma naso-faríngeo no es un neoplasma en el sentido riguroso de la palabra, corresponde á una hiperplasia del tejido normal (De Stella). Etiología. Se les observa casi exclusivamente en los adolescentes de diez á quince años; casi siempre en los hombres. Anatomía patológica, Orígen é implantaciones del fibroma. Los verdaderos fibromas tienen todos un orígen endo-nasal. El fibroma inserto sobre la apófisis bacilar no existe ó debe ser muy raro (De Stella). Estructura histológica del fibroma naso-faríngeo. Teoría de Ferreri: hace depender el desarrollo de estos tumores en alteraciones en la secreción de la hipófisis faríngea ó cerebral. El verdadero fibroma no contráe adherencias con los órganos vecinos. Degeneraciones de estos tumores: la principal y más importante es la sarcomatosa. Síntomas. Pueden distinguirse tres estados: 1.º período de latencia; 2.º período de estado y 3.º período de invasión. Síntomas propios á estos estados. Marcha. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento. Se discute actualmente todavía los procedimientos operatorios. Los unos prefieren la extracción por las vías naturales; los otros preconizan la incisión del velo del paladar para tener más amplio campo de acción; algunos alaban la vía trans-máxilo-nasal y por último los cirujanos generales extirpan el maxilar superior. Cada uno de estos métodos puede convenir, pero debe elegirse el método operatorio según los datos anatómo patológicos. Si el pólipo naso-faríngeo ha cesado de ser un fibroma puro conteniendo células sarcomatosas, si tiene adherencias por este hecho, no debe pensarse en la extirpación por las vías naturales. En estos casos la vía trans-máxilo nasal de Moure es excelente. Si el pólipo naso-faríngeo es fibroso puro sin degeneración alguna, que no tiene adherencias, se puede emplear las vías naturales para su extirpación. Cuando el tumor es muy voluminoso, siendo un fibroma puro, las vías naturales son insuficientes para su total extirpación, entonces debe y puede emplearse la vía trans-maxilo nasal de Moure. En

determinados casos, para la extirpación de los prolongamientos zigomáticos de la fosa ptérigo-maxilar pueden emplearse métodos especiales tales como la vía jugal ó la recección temporal del maxilar superior. Procedimientos operatorio para la extirpación de los fibromas naso-faríngeos. Técnica de estos métodos. Recidivas. Resultados.

Pólipos fibro-edematosos. Etiología. Anatomía patológica. Sintomatología: síntomas funcionales y síntomas físicos. Macha y pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento. La extirpación de los pólipos coanales se hace por las vías naturales: nasal anterior ó faríngea. Técnica de estos procedimientos operatorios.

Tumores benignos naso-faríngeos. *Quistes.* Son debidos á retención en las lagunas adenoideas que constituyen la bolsa faríngea. de los productos segregados. por oclusión del orificio de comunicación. Hay también quistes por retención de las glándulas muciparas, Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento. Extirpación con la cureta de Moritz-Schmidt.

Papilomas. —Son muy raros, se insertan en la cola del cornete superior y sobre el borde posterior del vómer.

Tumores malignos. *Sarcoma naso faríngeo.* —Es raro; nace en el tejido adenoide del cavum ó en el periostio bacilar: se ha observado el sarcoma embrionario, el fasciculado, el mieloide, el telangiectásico y el mixosarcoma. Síntomas. Por la rinoscopia el sarcoma se presenta mamelonado desigual, gris-rosado, blando y en otros sitios duro. Se infiltra en las partes vecinas. Invade pronto el seno esfenoidal y las células etmoidales posteriores, etc., etc. No hay infección ganglionar en el sarcoma, sino en un período muy avanzado. Caquexia, con dolores intensos. Diagnóstico. Pronóstico. Es muy grave. Tratamiento. Al inicio, intervenir enérgicamente, hay que ser lo más radical posible, más tarde no debe intervenir: la operación parece que apresura la marcha fatal.

Epitelioma naso-faríngeo. —Es muy raro, ordinariamente se origina en los contornos del orificio de la trompa de Eustaquio. Síntomas. Se presenta tarde, de

los 35 á 40 años. Pronóstico. Tratamiento. La intervención se acompaña de recídiva, mejor es no intervenir.

Catarrro naso-faríngeo crónico. — El cavum faríngeo es un sitio de predilección del catarrro crónico. Etiología. Cuanno el aire inspirado está cargado de polvo ú otras sustancias irritantes éste puede depositar sus impurezas sobre las paredes faningeas. Otro factor etiológico importante consiste en la superficie desigual de la bóveda faríngea, que facilita la estancación de las secreciones, su descomposición y la inflamación consecutiva. También actúan las lesiones de la nariz, las rinitis hipertrófica, las estenosis nasales, etc. Cuando el catarrro se localiza en el *recessus n edius*, constituye la enfermedad de Tornwaldt. Anatomía patológica. La rino-faringitis catarral crónica, que encontramos en el adulto, está ligada á la faz involutiva de la tonsila faríngea. Síntomas. Los trastornos más marcados, se deben á la acumulación de la secreción y á su dificultad de eliminación. Diagnóstico. Es de gran valor el descubrir moco amarillo-verdoso que desciende del cavum, á lo largo de la pared posterior de la faringe oral. La rinoscopia posterior asegura el diagnóstico. Forma hipertrófica y forma atrófica. Pronóstico. Tratamiento. En las formas secundarias hay que quitar las causas; en la forma simple, pueden emplearse lavados retro-nasales que no son muy eficaces, toques con cloruro de zinc, nitrato de plata, etc.; en la forma hipertrófica, se exportarán los resíduos de la tonsila faríngea con la cureta, de Gottstein, Moritz-Schmid, Fein.

III. Enfermedades de la faringe oral.

Faringitis. *Faringitis catarral aguda.* — Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento.

Faringitis catarral crónica. — Es muy frecuente. Anatomía patológica. La principal lesión reside en las glándulas muciparas. Etiología. Síntomas. Tratamiento. Cauterizaciones con nitrato de plata, cloruro de zinc, iodo, método de Ruault; tratamiento general.

Faringitis crónica hipertrófica. — Está caracterizada por la esclerosis hipertrófica del corion, con desarrollo exagerado de las papilas, de la red arterial y venosa y

por la hipertrofia de todos los músculos de la faringe (Escat) principalmente el constructor superior. Etiología. Patogénia. Síntomas. Marcha. Complicaciones, catarro tubario, laringitis crónica catarral. Tratamiento. Toques iodo-iodurados y escarificación de la mucosa hipertrofiada con el escarificador faringeo de Escat.

Faringitis crónica atrófica. — Es consecutiva á la rinitis atrófica fétida. Síntomas. Marcha. Tratamiento.

Faringitis sintomáticas: faringitis escarlatínosa; síntomas diagnóstico, existen dos formas graves: la gangrenosa y la ulcero-perforante: tratamiento; faringitis sarampianosa ó rubeólica, pronóstico y tratamiento; faringitis gripal. síntomas y tratamiento.

Faringitis vesiculosas. — Faringitis herpética infecciosa aguda: es una enfermedad febril caracterizada por la aparición de vescículas de herpes en la faringe. Patogénia. Síntomas. Diagnóstico. Zona faríngeo. Síntomas; tiene una topografía bien determinada; ocupa el territorio de distribución de la rama del maxilar superior del trigémino, respetando la zona del pneumogóstuco que inerva la pared posterior de la faringe y la del glosio-faríngeo que inerva la base de la lengua y la mitad inferior de los pilares. Marcha. Etiología. Faringitis herpética crónica. Síntomas. Marcha. Tratamiento de las faringitis vesiculosas: local, toques antisépticos y gargarismos calmantes; general, salol, quinina, etc.

Faringitis pseudo-membranosas. Las dividiremos en diftélicas y no diftélicas. De las primeras formaremos dos variedades: las faringitis diftélicas puras, y las faringitis diftero-estreptocócicas. Las no diftélicas las subdividiremos en: estreptocócicas, estafilocócicas y pneumocócicas.

1.º Faringitis diftérica pura. Es la enfermedad faríngea producida por el bacilo de Klebs-Löffler, acompañándose de infección general por las tóxicas. Etiología. Carácteres del microbio; es una enfermedad infecciosa epidémica y contagiosa que ataca preferentemente á los niños. Síntomas. Forma ligera y forma grave. Carácteres de las falsas membranas. Complicaciones.

2.º Faringitis diftero-estreptocócica. Es debida á la asociación del bacilo diftérico con el estreptococo. Hay exaltación recíproca de virulencia. Síntomas. Es primitiva ó secundaria. Pronóstico. Complicaciones.

3.º Faringitis estreptocócica pseudo-membranosa. Es producida por el estreptococo. Síntomas: locales y generales. Carácter de la pseudo-membrana. Complicaciones. Marcha.

4.º Faringitis estafilocócica pseudo-membranosa. Es producida por el estafilococo blanco ó dorado. Síntomas. Carácter de la pseudo-membrana.

5.º Faringitis pneumócica pseudo-membranosa. Es originada por el pneumococo. Síntomas. Marcha.

Diagnóstico de las faringitis pseudo-membranosas. El diagnóstico puede hacerse fácil con el examen bacteriológico que debe practicarse al principio de toda inflamación pseudo-membranosa de la garganta. Sin embargo el clínico deberá basarse no solo en el examen bacteriológico, sino sobre la marcha de la enfermedad y el conjunto de síntomas locales y generales que se presentan. Pronóstico de las faringitis pseudo-membranosa. Debe basarse principalmente en la observación clínica. Tratamiento de la faringitis pseudo-membranosa. En la difteria el primer deber, una vez comprobada la enfermedad, es el aislamiento del enfermo, en habitación bien ventilada y respirando vapores fenicados, etc. Deberá además sostenerse las fuerzas del enfermo. Localmente, lavados de la boca con soluciones fenicadas ó alcalinas, recurriendo lo más pronto posible á la sueroterapia. Suero de Roux, de Parke, Davis, etc., de 500, 1,000 y 2,000 U. A. El suero de Parke Davis es excelente; ventajas en la técnica de su aplicación porque el tubo que lo contiene sirve de cuerpo de jeringa para la inyección. La dosis de 500 U. A., debe emplearse como profiláctico, ó al inicio de las infecciones ligeras, la de 1,000 ó 2,000 ó 3,000 U. A. en los casos de mayor gravedad, según que se recurra al suero más ó menos tarde, y según la edad de los enfermos. Influencia de las inyecciones en el estado local y en el general. Inconvenientes del suero; son más supérfluos que reales: eritemas polimórfos ó escarlatiniformes, artropatías, trastornos

circulatorios ó urinarios. Anafilaxia. Si la respiración se encontrase comprometida por la extensión de las falsas membranas á la laringe, salvo exepción, se dará la preferencia al tubaje sobre la traqueotomía. En la faringitis estreptocócica pseudo-membranosa el suero de Marmoreck dista mncho de ter tan eficaz como el de Roux para la difteria; sin embargo se le empleará á la dosis de 10c.c. repitiendo la inyección según la gravedad del caso. En la diftero-estreptocócica se darán simultáneamente los dos sueros á dosis normales. El tratamiento local tiene poca importancia.

Faringitis granulosa ó folicular hipertrófica.— Consiste en un catarro de la mucosa con hipertrofia de los folículos adenoides de la pared posterior de la faringe. Patogénia. Síntomas; faringitis lateral. Marcha. Tratamiento. Destrucción muy superficial de las granulaciones con el galvano cauterio, y los falsos pilares adenoides se les raspa con las curetas de Lubet-Barbon. Tratamiento técnico general.

V. Afecciones de las amígdalas palatinas.

Amigdalitis aguda catarral.— Síntomas. Diagnóstico. Complicaciones. Marcha. Pronóstico. Tratamiento.

Amigdalitis folicular crónica ó críptica ó lagunar caseosa. Etiología. Síntomas. Complicaciones. Marcha. Diagnóstico. Tratamiento. El único tratamiento es la discisión; en algunos casos debe hacerse la amigdalotomía. Técnica operatoria.

Amigdalitis ulcerosa ó lagunar ulcerosa aguda.— Etiología. Síntomas. Marcha. Diagnóstico. Tratamiento.

Amigdalitis ulcero-membranosa de Vincent.— Consiste en la producción sobre las amígdalas de una falsa membrana que deja una ulceración debida al bacilo fusiforme de Vincent. Caracteres de este bacilo. Síntomas. 1er. período pseudo-membranoso y 2.º período ulceroso. Diagnóstico. Tratamiento.

Cálculos de la amígdala.— Su origen críptico. Anatomía patológica. Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento. Extracción del cálculo.

Amigdalitis flegmonosa. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento.

Peri-amigdalitis flegmonosa.—Es la inflamación purulenta del tejido celular que rodea la amígdala, provocada por absceso de las criptas superiores de la amígdala en la fosita supra-tonsilar. Etiología y patogenia. Síntomas. Marcha. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento; incisión del absceso; reglas que deben observarse en la abertura de estos abscesos. Método de Killian.

Hipertrofia de las amígdalas palatinas.—Etiología. Su frecuencia. En su etiología hay un factor constitucional y un factor infeccioso (Escat). Anatomía patológica. Hipertrofia blanda y dura. Síntomas: funcionales y físicos. Complicaciones. Marcha. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento. Tratamiento médico, es más bien profiláctico que curativo. Tratamiento quirúrgico. Ignipuntura; caída en gran descrédito ha sido nuevamente preconizada por Mermod; su técnica. Amigdalotomía. Amigdalótomo de Fahnstock. su técnica. Amigdalotomía por el asa galvánica, es poco usada hoy; su técnica. Amigdalotomía con el asa fría; también es poco empleada; su técnica. Amigdalotomía por fraccionamiento ó *morcellement*; es el procedimiento más frecuentemente empleado; su técnica. Amigdalectomía, procedimiento en boga en

Inglaterra y Norte-américa. Su técnica. Crítica de estos diversos procedimientos operatorios. Sus indicaciones y contradicciones. Valor clínico de cada uno de ellos. Complicaciones post operatorias Hemorragias primarias y secundarias, Medios para combatirla, Infecciones post-operatorias.

VI Tumores de las amígdalas

Tumores benignos. Son la hipertrofia pseudo-poliposa, los fibromas, los papilomas y los quistes. Síntomas Diagnóstico Tratamiento.

Tumores malignos. Son el linfoma, el sarcoma, el epiteloma. Síntomas Marcha, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento. En el linfoma tratamiento paliativo ó médico;—en el sarcoma y epiteloma, si la afección está al inicio y muy limitada, se hace la extirpación del tumor. Si la enfermedad ha traspasado los límites de la amígdala, se puede practicar la faringotomía lateral. Procedimiento de Kronlein—Procedimiento de J. L. Faure.

Técnica operatoria—Resultados—En los casos inoperables pudiera emplearse la radiumterapia.

VII Afecciones faringeas infecciosas, específicas y neoplásicas,

Abcesos retro, faringeo y látero, faringeo El 1º es una adenitis supurada de los ganglios retro faringeos de Gillette; el 2º, consiste en el flegmon de los ganglios del espacio máxilo—faringeo, Patogenia Sintomas Marcha, Pronóstico, Diagnóstico, Tratamiento; evacuación del pus lo mas pronto posible: incisión faringea; incisión cutánea; técnica; indicaciones.

Sífilis faringea—Son las manifestaciones que se producen durante la infección sífilítica, en el curso del período primario secundario ó terciario sobre la mucosa faringea—Chancro primitivo. Es frecuentemente amigdaliano. Es muy frecuente, y debido casi siempre á una inoculación directa. Reviste los aspectos, anginoso, erosivo ó ulceroso. Aspecto de la garganta Diagnóstico La unilateralidad, la induración y la adenopatía, son datos muy importantes para el diagnóstico Marcha.

Accidentes secundarios: son el eritema erosivo, las placas mucosas y la hipertrofia específica de las amígdalas Caracteres de cada una de estas formas Diagnóstico.

Accidentes terciarios la forma ulcerosa y la gomosa.—Caracteres de cada una de ellas Diagnóstico. Pronóstico,

Heredo-sífilis faringea.—Es precoz ó tardía.—La 1ª es algo común: se traduce en el recién nacido por sífilides mucosas en las pilares, velo palatino, faringe, labios, acompañados de eritemas en la piel, psoriasis plantar y palmar, coriza específico, etc.—La sífilis hereditaria tardía; se presenta con las manifestaciones terciarias.—Se podran hallar, deformaciones craneanas perforación del septum nasal, exóstosis tibial y la triade de Hutchinson (queratitis intersticial difusa otitis laberíntica con pérdida rápida de la audición, deformaciones dentarias).

Tratamiento de la sífilis faringea.—La suerte ulterior de un sífilítico depende no solo de la regularidad con la cual se halla seguido el tratamiento, sino de la precocidad é intensidad con las cuales se ha instituido

el régimen terapeutico inmediatamente después de la aparición del chancro (Lautmann).—Tratamiento local, Tratamiento general: mercurio, ioduros, régimen mixto. Acción del salvarsan en la sífilis faringea.

Tuberculosis de la faringe.—Es la localizacion de la infección tuberculosa en la garganta, sea de una manera aguda ó crónica.—Etiología,—Raras veces primitiva (lupus, ó forma hipertrófica) es generalmente secundaria. Es mas frecuente en el adulto y en el hombre.

Tuberculosis miliar aguda.—Síntomas—Dolor en la garganta con irradiaciones auriculares y al momento de la deglución; impotencia funcional del velo, alteraciones de la voz, dificultad de espectorar las mucosidades muco-purulenta que se encuentran en la garganta.—Síntomas objetivos: hay dos formas; la ulcerosa y la vegetante.—Caracteres de cada una de estas formas.

Formas crónicas de la tuberculosis faringea.—Infiltrado edematosa, es un verdadero esclerema de la garganta que ocupa la úvula, el velo del paladar con sus pilares, algunas veces la pared posterior de la faringe y la epiglottis.—Dureza de los tejidos al tacto.—Caracteres clínicos; forma ulcerosa, forma hipertrófica y forma supurada.—Síntomas.—Marcha.

Lupus de la faringe.—Alguna vez primitivo, frecuentemente secundario.—Se sabe hoy, que el lupus cutáneo es, en la mayor parte de los casos, secundario á una afección idéntica de las fosas nasales. Síntomas. Diagnóstico.

Forma hipertrófica tuberculosa.—Son las pseudohipertrofias amigdalinas en los cuales al examen histológico se encuentran nucleos tuberculosos con puntos caseosos, células gigantes y bacilos de Koch (Dieulafoy).—Diagnóstico de estas diferentes formas de tuberculosis faringea.

Tratamiento: Local; calmar la diágnia dolorosa con soluciones de antipirina, morfina, cocaína, ortofomo, mentol etc; glicerina fenicada, ácido láctico; en las formas luposas hay que curetear enérgicamente toda la parte enferma y cauterizar con ácido láctico, glicerina fenicada, ó galvano-cauterio; para obtener la esclerosis cicatricial del lupus faringeo, las cauterizaciones galvánicas son ex-

lentes.—Tratamiento general, aire puro, sobrealimentación y reposo,

Lepra de la faringe.—Es afección extremadamente rara.—Síntomas. --Marcha.--Diagnóstico. --Tratamiento.

Micosis faringea.—Es producido por el leptotrix-buccalis.—Síntomas.—Marcha.—Tratamiento.

Actinomicosis faringea.—Muermo faringeo.

VIII. PATOLOGIA DEL VELO DEL PALADAR

Vicios de conformación.—Insuficiencia del velo palatino; consiste en una brevedad mas ó menos considerable del velo palatino. Se observa en los niños y particularmente en los que han sido operados de urano-estafilorrafia ó de simple división del velo.—Síntomas.—Tratamiento.—Bifidez del velo,—Se observa en las divisiones congénitas de la bóveda palatina y en el labio leporino.—Síntomas.—Tratamiento. --Estafilorrafia.

Ausencia de los pilares.

Perforaciones congénitas,—Son pérdidas de sustancia sobre las partes laterales, al nivel de los pilares anteriores ó posteriores.—Patogenia.—Tratamiento.

Inflamación de la úvula.—Síntomas. --Tratamiento

Hematoma del velo y de la úvula.—Síntomas.—Marcha.

Relajamiento de la úvula.—Etiología.—Síntomas, Tratamiento.—uvulotomía.

Parálisis del velo.—Etiología,—La causa principal es la difteria. Se observa también en ciertas anginas no diftericas, en los abscesos de la amigdalas; pueden ser debidas á lesiones de los centros nerviosos, centrales ó periférico.—Síntomas.—Marcha.—Diagnóstico.—Pronóstico.

Hemiplegia velo-palatina.—Es debida á ciertos tumores ó fracturas de la base del craneo. de adenitis tuberculosas ó cancerosas, lesiones bulbares y á la siringomielia.—Anatomía patológica.—Las hemiplegias del velo son consecuencia de una alteración del vago-espinal, que inerva todos los músculos del velo, salvo el peristafilino externo.—Síndrome de Avellis.—Síntomas,—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento.

Disestesias faringeas.—Anestesia.—Hiperestesia.—Parestesia.—Espasmo de la faringe.

Tumores del velo del paladar.—Tumores benignos: fibromas: condromas, mixomas, papilomas, lipomas, angiomas, quistes.—Etiología.—Síntomas.—Diagnóstico.—Pronóstico.—Tratamiento.—*Tumores mixtos*.—Tumores malignos: el sarcoma y el epitelioma.—Etiología.—Síntomatología.—Síntomas funcionales; síntomas objetivos.—Marcha.—Diagnóstico.—Tratamiento

Estrechez del istmo faringo-bucal.—Es la oclusión mas ó menos completa del orificio de comunicación del cavum naso,faríngeo con la oro faringe.—Etiología.—La sífilis es la principal causa, el lupus tambien puede producirla.—Síntomas.—Patogenia.—Tratamiento.

Neuropatías faringeas.

Anestesia de la faringe.—Se observa principalmente en la histeria y neurastenia.—Anestesia absoluta, hiperestesia.—Tratamiento.

Parestesia de la faringe.—Consiste en una molestia especial localizada en la base de la lengua, las amígdalas ó pared posterior de la faringe sin causa local que la explique.—Síntomas.—Patogenia, Diagnóstico.—Tratamiento, Cauterizaciones galvánicas y tónicos generales

Neuralgia y obsesión faríngea.—Patogenia.—Diagnóstico.—Tratamiento.

IX. ENFERMEDADES DE LA AMÍGDALA LINGUAL.

Inflamación de la amígdala lingual.—Síntomas.—Tratamiento.

Abceso de la amígdala lingual.—Es la inflamación supurada de la amígdala lingual,—Etiología,—Síntomas,—Marcha,—Complicaciones,—Diagnóstico,—Tratamiento,—Abrir lo mas pronto el abceso de preferencia con el galvano cauterio,

Abceso crónico de la base de la lengua, —Muy raro,—Síntomas,—Tratamiento,

Hipertrofia de la amígdala lingual,—Es la hipertrofia de los folículos situados en la base de la lengua,—Síntomas funcionales y objetivos,—Anatomía patológica,—Marcha,—Pronóstico,—Diagnóstico,—Tratamiento:

toques iodados, cauterizaciones galvanicas ó extirpación con el tonsilotomode Leno --Brown ó con las pinzas de morcellement de Furet, Escact, ó con curetas,

Quistes de la amigdala lingual y del canal de Bochdaleck,

Várice de la base de la lengua,---Síntomas,---Tratamiento,

Tumores benignos de la amigdala lingual son: el papiloma, el fibroma, el lipoma, el condroma. el adenoma, las angiomas, bocio lingual.---Sintomatologia.- Pronóstico.---Tratamiento.---Extirpación con el asa fria ó galvánica, morcellement ó enucleación y en los tumores vasculares la electrólisis bipolar ó la sección galvánica. Cuando los tumores son voluminosos ó en vía de degeneración puede emplearse la vía externa, incisión transhioidea de Gussenbauer.

Tumores malignos de la amigdala lingual.---Son raros: el sarcoma y el epitelioma.---Tratamiento.

XI. CIRUJIA DE LA HIPÓFISIS

Métodos operatorios.---Métodos quirurgicos ó por las vías artificiales.---Métodos rinológicos ó por las vías naturales.---Técnica de estos procedimientos operatorios.



Enfermedades de la laringe

y de la traquea

I *Anatomía de la laringe*

Situación—Relaciones—Estructura. Cartílagos de la laringe. Articulaciones, ligamentos y músculos de la laríngea: epitelio, corion y glándulas—Vasos, Arterias. Venas, linfáticos—Innervación de la laringe. Porción central de la vía motriz de la laringe. Nervios de la laringe.—Desarrollo de la laringe.

Fisiología de la laringe. La laringe juega un rol capital en las dos funciones: la respiración y la fonación.—Funciones motores; en la abducción de las cuerdas vocales; en la adducción; y en la tensión de las cuerdas vocales.—Respiración.—Fonación. Voz. Palabra.—Rol del sistema nervioso.

II *Examen de la laringe, de la tráquea y de los bronquios*

El exámen de la laringe de la tráquea y de los bronquios puede hacerse de dos maneras distintas: indirecta ó directamente.

Laringoscopia indirecta. Consiste en ver por un espejo, sobre el cual se proyectan los rayos de una fuente luminosa, la imagen de la laringe por reflexión.—Instrumentación. Espejo laríngeo.—Alumbrado. Espejo frontal Fotóforo eléctrico. Espejo de Clar. Condiciones que debe tener la fuente luminosa.—Técnica del exámen: en el adulto y en el niño.—Imágen laringoscópica. Dificultades excepcionales en la exploración de la laringe—Traqueo-broncoscopia por el método indirecto. Método de Killian.

Exámen directo de la laringe, de la tráquea y de los bronquios. Larincoscopia directa. Método de Kirstein. Principios en que está basado este método. Técnica é instrumentación.—Traquescopia. Traqueo-broncoscopia directa. Principios en que se funda. Instrumentación de Killian. El broncoscopio de Brunings. Electroscopio. Instrumentos secundarios. Técnica traqueo-broncoscópica. Anestesia. Broncoscopia superior. Broncoscopia inferior. Sus indicaciones. Sus contraindicaciones.

Diversos procedimientos de endoscopia y de exploración laríngea. Laringoscopia en suspensión de Killian. Su técnica—Autolaringoscopia. Su técnica.—Demostración de la imagen laríngea. Espejo de Noltenius—Exploración externa de la laringe. Exploración por el tacto digital. Exploración por la sonda.—Laringoscopia forzada de Escat.

Notas generales sobre la técnica de la exploración de la laringe.

III *Terapéutica general de las enfermedades de la laringe.*

Inhalaciones. Consideraciones generales. Esperiencias de Heryng. Acción de las inhalaciones. Aparatos de inhalaciones.—Pulverizaciones. Aparatos pulverizadores.—Insuflaciones—Toques con pinceles y porta-algodones; su técnica.—Inyecciones laringotraqueales y traqueo-bronquicas; su técnica—Hemostasis laríngea—Aplicaciones terapéuticas de la electricidad: faradización, electrólisis y galvano-cáustica.

Higiene y dietética de las enfermedades de la laringe y tráquea.

Patología especial de la laringe y de la tráquea.

IV *Enfermedades de la laringe.*

Trastornos de la circulación laríngea.

Anemia. Síntomas. Tratamiento.

Hiperhemia de la laringe. Etiología, Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico—Tratamiento.

Hemorragias laríngeas. Hemorrágias de orígenes mecánico; discrásico. Diagnóstico —Tratamiento.

Edema de la laringe—Etiología: es primitivo ó secundario. Síntomas: funcionales y físicas. Diagnóstico —Pronóstico. Tratamiento. Medios paliativos. Medios quirúrgicos. Tratamiento causal.

V *Laringitis agudas.*

Laringitis catarral aguda. Etiología. Síntomas: funcionales y objetivos. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Epiglotitis. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis estridulosa—Etiología. Síntomas funcionales y objetivos. Patogenia. Diagnóstico. Tratamiento.

Abceso de la laringe—Etiología. Síntomas: funcionales y objetivos. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis gripal—Síntomas: funcionales y objetivos. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis sarampionosa. Síntomas: objetivos y funcionales. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis escarlatinosa. Síntomas: funcionales y objetivos. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis variolosa. Síntomas: objetivos y funcionales. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis tífica. Forma catarral: síntomas, pronóstico, tratamiento. Laringo-tifus: síntomas, pronóstico, tratamiento. Laringitis tífica ulcero-membranosa; síntomas; pronóstico, tratamiento. Laringitis tífica miopática; síntomas, pronóstico y tratamiento.

Laringitis erisipelatosa. Síntomas: forma eritematosa; flictenular y gangrenosa. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis agudas pseudo-membranasas.

Laringitis agudas pseudo-membranasas no diftericas. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Laringitis diftérica ó Crup. Etiología. Es primitiva (1 p. 5 Marfan) ó secundaria á difterias descendentes, nasales ó faríngeas, ó ascendente diftérica traqueo-bronquica (West). Síntomas. locales y generales. Formas clínicas del crup. Marcha. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento. Profiláctico. Curativo. Sueroterapia; debe emplearse lo mas pronto posible las inyecciones de suero antidiftérico. Técnica de las inyecciones. Cuando se presenta la asfixia no queda mas recurso que la intubación ó la traqueotomía. En la difteria es preferible intubar que traqueotomizar, principalmente en los niños menores de 4 años; sin embargo, cuando no hay vigilancia idónea, y cuando hay alguna complicación pulmonar ó bronquial deberá traqueotomizarse.

Laringitis aftosa. Etiología. Síntomas: funcionales y objetivos. Diagnóstico. Tratamiento.

Laringitis reumatica.—Formas clínicas: artritis crico-aritenoideas; artritis crico-tiroideas. Tratamiento.

VI *Laringitis crónica*. Etiología. Síntomas: forma crónica, simple o catarral; forma granulosa; forma hipertrofica; forma seca ó atrófica. Diagnóstico. Anatomía patológica. Marcha. Pronóstico. Tratamiento; etiológico y local. Método de Chiari.

VII *Tuberculosis laríngea*. Etiología. La tuberculosis laríngea puede comenzar de tres maneras: anteriormente á las manifestaciones pulmonares, consecutivamente, ó al mismo tiempo que ellas. La tuberculosis primitiva laríngea es hoy admitida. La época de aparición de las manifestaciones laríngeas durante la evolución de la tuberculosis pulmonar es variable. La laringitis llamada de los tuberculosos, existe como lesión catarral simple, pero cuando aparece una exulceración toma bien pronto esta los caracteres de la infección general (Moure). Es una afección de los adultos y preferentemente de los hombres. Influencia del alcohol y del tabaco en el desarrollo de la laringitis en los bacilares. Predisposición hereditaria. Influencia de las afecciones nasales y faríngeas en el desarrollo de la tisis laríngea. Patogenia. El paso de de las secreciones contaminadas sobre una superficie inflamada exulcerada, explica la inoculación directa; pero la laringe puede infectarse por los bacilos llevados por la vía sanguínea ó linfática (Heinze). —Sintomatología. Síntomas funcionales y objetivos. Síntomas funcionales: La voz: en el periodo catarral se enronquece y es bitonal: en el 2º periodo la voz es velada, temblorosa, áfona por momentos, y al fin es sorda; es notable el desacuerdo que existe entre los trastornos fonatorios y las lesiones de la mucosa; dolor: en el 1er. periodo hay un cosquilleo desagradable que provoca la tos, y se acompaña de espasmos que parecen tener por causa la irritación de los recurrentes ó neumogástricos; en el 2º periodo los dolores y la disfagia son tanto mas pronunciados cuanto que las ulceraciones estén situadas sobre los bordes de la epiglotis ó sobre la región aritenóidea. Estos dolores se propagan á las orejas por el nervio de Arnold; en el 3er. periodo la disfagia es mas intensa, explicándose esta, no sola por el paso de los alimentos sobre superficies inflamadas y ulceradas sino por el frote de esas superficies; la pericondritis y artritis crico-aritenoideas ó crico-tiroideas pueden pro-

ducirla. Es importante el notar que, la deglución de los líquidos, principalmente de la saliva, es mas dolorosa, que la del bolo alimenticio. La fonación y la tos no son dolorosas que en el 3er. periodo. La presión sobre los lados de la laringe no es dolorosa; solo lo es, cuando hay pericondritis cricoidea. Trastornos respiratorios: en el 1er. periodo la respiración es normal, pudiendo alternarse en los estados mas avanzados; en algunos casos es necesario recurrir por esto á intervenciones quirúrgicas. Espectoración: depende mas de los pulmones, y la realmente laríngea es ya mucosa, muco-purulenta, purulenta ó estriada de sangre. Los síntomas generales de la laringitis tuberculosa, estan mas bien en relación con las lesiones pulmonares que con las laríngeas, pero cuando la disfagia es muy dolorosa, sobreviene un enflaquecimiento rápido porque el enfermo se niega á alimentarse. — Síntomas objetivos. Primer periodo (catarral). El exámen larinogoscópico revela, rubicundez limitada á la pared posterior, sobre los aritenoides ó sobre las cuerdas, que persistiendo por algun tiempo en una persona fatigada, hacen sospechar su naturaleza bacilar. Frecuentemente se observa un estado verrucoso de la mucosa interaritenoidea que, reposando sobre un fondo ligeramente edematoso, impide el afrontamiento de las cuerdas vocales; algunas veces la mucosa interaritenoidea, presenta un aspecto casi polipoide constituido por eminencias grisáceas separadas por surcos profundos, y cuanto existe infiltracion de la mucosa interaritenoidea, ó de los repliegues ari-epiglóticos, se debe sospechar la laringitis bacilar. A estas lesiones laríngeas se agregan una coloración blanco-pálida del velo del paladar, de la garganta y de la laringe, que tienen un gran valor diagnóstico. — Segundo Periodo. Está caracterizado por la formación de ulceraciones por caseificación y expulsión del tubérculo. En la región posterior ó interaritenoidea, la mas frecuentemente atacada, hay infiltraciones que se extiende á uno de los aritenoides, ó á una sola cuerda vocal. que se vuelve rugosa, desigual con dentellones superficiales (corditis vocalis inferior). Las bandas ventriculares pueden atacarse. Hay ulceraciones en las cuerdas vocales sea en sus bordes libres, ó á nivel de las apófisis vocales, en las

bandas ventriculares, en la cara laríngea de la epiglotis. La lesión se limita algunas veces á las cuerdas vocales, que están rojas granulosas y como desdobladas en su longitud. En la forma úlcero-edematosa difusa, que es la mas frecuente, las partes mas á menudo atacadas son: la región inter-aritenoidea, los cartílagos aritenoides, las cuerdas vocales, las bandas ventriculares, los repliegues ariepigloticos, la epiglotis y la región infra-glótica. En la forma vegetante, la tuberculosis se traduce por la formación de tumores; verrucosos desigua es, que ocupan el espacio inter-aritenoideo; es la paquidermia laríngea de los Alemanes. Hay algunas veces verdaderos pólipos pediculados. Tercer periodo. Es el periodo de la caries y pericondritis consecutivas á las lesiones que han ganado en profundidad.—Anatomía patológica. La tuberculosis laríngea no difiere de la de los otros órganos; está caracterizada por depósitos tuberculosos con tumefacción ó ulceraciones de la mucosa. Se observan nódulos tuberculosos con sus caracteres típicos y en diversos periodos de evolución, en vía de degeneración granulograsa ó fusión. purulenta. La ulceración tuberculosa está caracterizada por la presencia de tubérculos en los bordes y en su base. — Marcha. Duración. La marcha de la lesión vocal sigue en general la evolución de la tuberculosis pulmonar. La evolución de la tuberculosis laríngea es tanto más rápida, cuanto que el sujeto es mas joven. La curación es posible.—Pronóstico. Es una enfermedad grave pero no fatalmente mortal.—Diagnóstico. Con la sífilis, con el cancer. etc.—Tratamiento. — Con un tratamiento metódico puede curarse algunas tuberculosis laríngeas, siempre puede aliviarse notablemente á todas (Luc). Curabilidad de la tuberculosis laríngea Esta enfermedad puede curar con solo la higiene. Influencia benefactora del reposo del órgano, ya sea voluntario, o por medio de la traquetomía. Está fuera de duda que el tratamiento general, debe ocupar, en el tratamiento de la tuberculosis laríngea el primer lugar, como en el de la tuberculosis pulmonar.—Tratamiento de la disfagia. Por el método de Hoffmam. su técnica; sus resultados. Por la resección de la rama interna del nervio laríngeo superior (Moure y Celler); su técnica y resultados. Tratamiento

operatorio de la disfagia. Sus indicaciones y contraindicaciones. Métodos de Krause y Heryng; su técnica; sus resultados. Selección de los casos para el tratamiento curativo. Ineficacia habitual de los medicamentos tópicos. Efectos calmantes de las pulverizaciones. Tratamiento local curativo: el curetaje de Krause y Heryng, y la galvano-cáustica de Mermod. Por mi experiencia basada en muchísimos enfermos tratados por ambos métodos doy la preferencia al método de Mermod.—Técnica de estos procedimientos. Ventajas de las cauterizaciones limitadas y separadas por largos intervalos. Modificaciones de los tegidos infiltrados por el galvano-cauterio. Poder de reparación de las cuerdas vocales. Tratamiento de las tos por las insuflaciones morfinadas.—Cauterizaciones con el ácido láctico á 65 ú 80 %, dos veces por semana: produce buenos resultados en los casos de ligeras ulceraciones de las cuerdas vocales. Helioterapia laríngea. Método de Sorgo; este método no ha correspondido á las expectativas que en él se tenían; es largo y pesado.—Los rayos X dan buenos resultados sólo en las tuberculosis laríngeas no ulceradas.—Acción de la tuberculina en la tuberculosis laríngea. Su modo de empleo. Efectos de la altura sobre la laringitis tuberculosa. Según las investigaciones modernas favorece la curación.—Método de Pfannenstall para el tratamiento de la tbc laríngea; su técnica y sus resultados. Crítica de estos diversos procedimientos terapéuticos.

La tuberculosis miliar aguda. Es una verdadera tísis galopante del órgano vocal. Es muy rara. Se distingue de la tuberculosis vulgar por la existencia de lesiones bacilares en la mucosa de la garganta, faringe, laringe, base de la lengua, boca y labios. Etiología. Síntomas: fiebre, dolor á la deglución. No hay ninguna afección de la garganta en la cual la disfagia dolorosa alcance una agudeza tan considerable y tan durable como en la tuberculosis miliar de esta región (Moure) Marcha. Duración. Terminación. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento paliativo.

Lupus de la laringe.—Etiología. Síntomas. Anatomía patológica. Marcha. Duración Terminación.—Diag-

nóstico. Pronóstico. Tratamiento: general y local; médico y quirúrgico.

VIII *Laringitis sífilítica*. Etiología. El tabáco juega un gran papel en la larga duración de las manifestaciones laríngeas de la sífilis.—Síntomas. Accidentes primarios. Chancro, es muy raro; una ulceración gris de superficie rugosa, rodeada de una zona inflamatoria roja; hay infarto glandular y dolor; pero es por la aparición de los accidentes secundarios que es posible ordinariamente confirmar el diagnóstico. —Accidentes secundarios: eritema; placas mucosas; edema; condilomas; parálisis. Caracteres de cada uno de estos accidentes. Trastornos funcionales.—Accidentes terciarios; son generalmente tardíos. Gomas; ulceraciones y pericondritis; forma pseudo-poliposa; laringo-estenosis; cicatrices viciosas; parálisis. Caracteres y síntomas físicos de cada una de estas lesiones. Síntomas funcionales. Marcha. Duración. Diagnóstico: con la tuberculosis laríngea y con el cáncer laríngeo.—Hereditaria sífilis laríngea. Es precoz ó tardía. Forma precoz, se manifiesta por accidentes secundarios. Forma tardía, se manifiesta frecuentemente por accidentes terciarios. Diagnóstico- Pronóstico—Tratamiento de la sífilis laríngea: tratamiento general específico, y tratamiento local. Acción del 606 y 914 en el tratamiento de la sífilis laríngea.

Lepra de la laringe. Es muy rara. Etiología.—Síntomas: trastornos funcionales. Exámen laringoscópico, hay tres periodos: 1º. periodo eritematoso; 2º periodo de infiltración; 3º. periodo de ulceraciones y necrosis. —Anatomía patológica. El hecho característico de la lesión es la presencia de células redondas, análogas á los corpúsculos sanguíneos, que contienen uno ó varios bacilos de la lepra. Marcha. Duración. Terminaciones. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento.

IX *Laringo-estenosis*. Etiología Patogenia. Sobrevienen habitualmente como consecuencia de las enfermedades ulcerosas de la laringe, sin embargo existen casos de origen congénito. Las infecciones agudas, la escarlatina, el sarampión, la viruela, y sobre todo la fiebre tifoidea. El lupus y la tuberculosis sub-aguda, en los casos de curación pueden determinar estenosis. La sífilis es una causa

frecuente. El escleroma, el tubaje de la laringe pueden determinar estrecheces. La traqueotomía inter-crico-ti-voidea puede tambien producir estenosis. Las intervenciones laríngeas hechas por vía externa, hemi-laringectomía ó resección mas ó menos importante de la armazón de la laringe. Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento. Existen dos métodos: cateterismo ó tubaje de la laringe antes de la traqueotomía; y dilatación progresiva de la laringe despues de la traqueotomía. 1er.método;método de Schrotter, su técnica; sus indicaciones; sus resultados; método de la intubación con los tubos de O'Dwyer su técnica; sus indicaciones, sus resultados. 2º. método: dilatación mecánica despues de la traqueotomía. Existen 3 procedimientos: dilatación mecánica, despues de la laringotomía por medio de tallos de estaño ó de tubos introducidos por la canula; dilatación con instrumentos introducidos por el orificio traqueotómico ó dilatación retrogada; y la dilatación con instrumentos introducidos por la boca. Indicaciones, técnica y resultado de cada uno de estos métodos. Laringostomía; es el mejor procedimiento operatorio para curar las estrecheces laringo-traqueales. Su técnica. Sus indicaciones; sus resultados.

X Tumores de la laringe.

Tumores benignos de la laringe. Pólipos —Etiología —Síntomatología, Anatomía patológica,. Segun su naturaleza los tumores laríngeos se dividen en papilomas, quistes, fibromas, mixomas, adenomas, lipomas, angiomas, encondromas y tumores mixtos. Caracteres clínicos de cada uno de estos tumores.—Diagnóstico—Pronóstico.—Tratamiento. Acción de la magnesia calcinada en el tratamiento de los papilomas laríngeos.—Los tumores laríngeos pueden extirparse por las vías naturales les ó por la vía externa. Método endo-laríngeo. Anestesia de la laringe: por toques, pulverizaciones ó instilaciones de cocaína, estovaina, novocaina: sus dosis.

Técnica de la intervención endolaríngea con las pinzas de Schrötter, Moritz Schmidt, Fauvel, etc, etc. Empleo de la cureta y del gálvano-cauterio en el tratamiento de los pólipos de la laringe. Estirpación de los pólipos

laríngeos por la laringoscopia directa. Técnica del método. Está indicado en los papilomas de los niños.

Operaciones por vía externa Cuando los tumores son muy voluminosos es preferible operar por vía externa. La anquilosis de los maxilares constituye una contra-indicación al método endolaríngeo y una indicación al extra laríngeo. Los encondromas deben operarse de preferencia por vía externa. La tirotomía (laringo-fisura), la laringotomía transversal infra-hioidea y la laringotomía inter-crico-terioidea son los 3 métodos que por vía externa pueden emplearse. Método de Ferreri para el tratamiento de los papilomas laríngeos.

Laringitis nodular. Es una variedad de hipertrofia circunscrita localizada en el tercio anterior ó posterior de las cuerdas vocales. Etiología. Es muy frecuente en las personas que abusan de la voz hablada y cantada (nódulo de los cantores). Patogenia. Síntomas. Exámen laringoscópico. Diagnóstico. Anatomía patológica. Marcha. Duración. Terminaciones. Tratamiento. Profiláctico: Cuando el nódulo está perfectamente constituido el único tratamiento es la ablación por medio de pinzas, previa anestesia cocáinica. Técnica operatoria. Es una de las operaciones más difíciles de la laringología. Cuando existe un relejamiento de las cuerdas puede emplearse la decorricación. Técnica operatoria. Cauterizaciones galvánicas de los nódulos.

Eversión de los ventrículos. Consiste en una prominencia más ó menos considerable de la mucosa que tapiza los ventrículos de Morgagni.—Etiología—Formas—Sintomatología. Diagnóstico. Tratamiento. Extirpación de los rodetes inflamatorios por medio de las pinzas ó por la tirotomía.

Laringocele. Etiología—Síntomas—Pronóstico — Tratamiento. Cuando el tumor es grande y origina molestias, extirpación del saco y sutura de los labios de la mucosa laríngea.

XI *Tumores malignos.*

Cancer de la laringe —Etiología. Factores individuales: edad; sexo; profesiones. Factores ocasionales: abuso de la voz; tabagismo; alcoholismo; traumatismos. Factores mórbidos: herencia; artritis; sífilis; tuberculosis. Fre-

cuencia—Anatomía patológica. Tumores epiteliales; frecuencia; localización, intrínsecos y extrínsecos; anatomía macroscópica, formas circunscrita y difusa; anatomía microscópica, epitelomas trabecular y alveolar; adenopatía; metastasis.—Tumores sarcomatosos; frecuencia; localización., intrínsecos y extrínsecos, anatomía macroscópica, formas circunscrita y difusa; anatomía microscópica, sarcoma fuso-celular, de células redondas, de células gigantes y á mieloplaxos; adenopatía; metástasis.—Sintomatología. Síntomas subjetivos. Tumores intrínsecos; periodos de invasión; de estado y determinación. Tumores extrínsecos; periodos de invasión; de estado y de terminación. Síntomas objetivos. Exámen exterior; tumores intrínsecos y extrínsecos. Exámen laringoscópico: tumores extrínsecos é intrínsecos. Tacto digital. Diagnóstico. Sintomático. Edad; disfonía prolongada; adenopatía; otalgia. Exámen laringoscópico. Inmovilización del aritenoides. Diagnóstico diferencial. Laringitis catarral aguda; laringitis reumática; laringitis catarral crónica, laringitis sub-glótica. Tumores benignos; pólipos; quistes; papilomas; paquidermia laríngea. Pericondritis. Lepra. Escleroma. Lupus. Tuberculosis. Sífilis. Diagnóstico histológico—Pronóstico. Marcha. Terminación. Modificaciones de la evolución clínica. Recidiva. Complicaciones.—Tratamiento. Médico. Rayos X; radio; medicación sintomática. Tratamiento endo-laríngeo; indicaciones; técnica operatoria; resultados.—Tratamiento exo-laríngeo. Traquetomía: indicaciones; contraindicaciones laringotomía inter-crico-tiroidea; traqueotomía alta; traqueotomía baja: técnica operatoria; complicaciones operatorias; accidentes y cuidados post-operatorios; resultados.—Faringotomía: supra-hioidea, indicaciones técnica operatoria, resultados; faringotomía trans-hioidea, indicaciones, técnica, resultados; faringotomía infrahioidea, indicaciones, técnica, resultados. Laringotomía; indicaciones, contraindicaciones; laringotomía con traquetomía inmediata y oclusión completa de la laringe y de la traquea: su técnica operatoria; laringotomía con traqueotomía inmediata y mantenimiento de la cánula. su técnica operatoria, resultados. Laringectomías parciales: hemi-laringectomía; crico-aritenoidec-

tomía total, hemi, y posterior; indicaciones, técnica operatoria y resultados de este procedimientos operatorios.

—Laringectomía. Indicaciones, contraindicaciones; técnica operatoria: laringectomía despues de traqueotomía, laringectomía sin traqueotomía (procedimiento de Gluck laringectomía sin traqueotomía (procedimiento de Perier) Técnica de Sebileau. Laringectomía en dos tiempos. Laringectomias complicadas de incisión de los órganos circunvecinos: ablación de la faringe y de la laringe (procedimientos de Gluck); laringectomía con ablación del esófago (procedimiento de Pean); laringectomia con ablación de los órganos vecinos(procedimiento de Gluck) —Operaciones autoplásticas. Oclusión de las fístulas traqueales y de las pérdidas de substancia prelaríngea; Procedimientos de Berger y de Gluck. Refección del conducto laríngeo-traqueal. Reconstitución del conducto faríngeo-esofágico.—Resultados de la laringectomia. -- Aparatos protéticos: aparatos fonadores; aparatos deglutidores; aparatos fono-deglutidores.

XII *Cuerpos extraños de la laringe y de las vías aéreas.*

—Etiología. Síntomas. Marcha. Pronóstico—Diagnóstico—Tratamiento. No debe darse nunca vomitivos, no hacer tentativas de extracción á la ciega con pinzas ó con otros instrumentos. Cuerpos extraños de la laringe: extracción por vías naturales, ya sea con pinzas y laringoscopia indirecta ó por laringoscopia directa. Este último medio es el único que puede emplearse en el niño: extracción por vías artificiales: tirotomia y en caso de asfixia inminente traquetomia de urgencia. Cuerpos extraños de la traquea y de los bronquios. Debe hacerse la extracción lo más rápidamente posible; se empleará la broncoscopia. Broncotomia trans-mediastínica. Su técnica, sus resultados.

XIII *Traumatismos de la laringe y de la tráquea.*

Contusiones de la laringe y tráquea. Síntomas. Diagnóstico.—Tratamiento.

Fracturas de la laringe. Etiología. Patogenia. Mecanismo. Síntomas: físicos y funcionales. — Diagnóstico. Anatomía patológica. Pronóstico. Tratamiento. Siendo el mayor peligro la asfixia, el mejor medio de evitarla es

la traqueotomía. El exámen laringoscópico guiará respecto a si debe ser inmediata al accidente, ó si debe esperarse. También el exámen atento del enfermo y la marcha del accidente resolverán si se hace despues de la traqueotomía la dilatación de la parte estrecha, ó se practica la tirotomía para colocar los fragmentos en su situación normal. En regla general, es mas prudente traqueotomizar inmediatamente al enfermo, pues los accidentes axfícticos pueden sobrevenir bruscamente y ser mortales (Huter).

Heridas.—Etiología: heridas quirúrgicas y accidentales. Síntomas variables con las dimensiones de la herida y el punto interesado.—Diagnóstico—Anatomía patológica. Complicaciones. Pronóstico. Tratamiento. La 1a. indicación es detener la hemorragia tanto arterial como venosa; hacer la limpieza de la herida; si hay amenaza de asfixia, se colocará una cánula traqueal: no se hará una sutura completa é inmediata del conducto aereo para evitar el enfisema, etc.

Quemaduras. Etiología. Anatomía patológica. Síntomas. Pronóstico—Tratamiento.

XIV *Afecciones neuro-musculares de la laringe.*

Se las divide en dos clases principales: neurésis de la sensibilidad y del movimiento. El primer grupo comprende: la anestesia; la hiperestesia; la parestesia y la neuralgia. El 2º. grupo, las paresias ó parálisis y los espasmos.

Neurosis de la sensibilidad.

Anestesia. Etiología. Sintomatología. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Hiperestesia. Etiología. Síntomas. Pronóstico. Tratamiento.

Parestesia. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Neuralgia. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento.

Neurosis de la motilidad

Ligeras nociones sobre la anatomía y fisiología de los músculos de la laringe. Los músculos laríngeos pueden dividirse en dos grupos: los constrictores ó adductores, y los dilatores ó abductores. Los 1ros. comprenden todos los músculos de la laringe, con exepción de los cri-

co-aritenoideos posteriores, que son los únicos dilatadores. Estos músculos reciben su innervación: 1º de los nervios laríngeos superiores que se dividen en 2 ramas; interna sensitiva y externa motriz que innerva el crico-tiroideo; 2º de los laríngeos inferiores o recurrentes. El recurrente derecho, nace del pneumo-gástrico, contornea la subclavia, y asciende á lo largo de la tráquea para distribuirse en los músculos del lado derecho de la laringe, exepto el crico-tiroideo. El recurrente izquierdo pasa bajo el cayado aórtico, lo contornea y se coloca entre el esófago y la tráquea, é innerva los músculos del lado izquierdo; 3º el nervio accesorio del espinal que se anastomosa al pneumogástrica por su rama interna. Las investigaciones modernas, hacen admitir hoy anastomosis entre el recurrente y el laríngeo superior, lo que explica como los recurrentes tienen fibras sensitivas tomadas del laríngeo superior. Investigaciones de Russel sobre el recurrente, explicando la acción doble y diametralmente antagonista de un mismo nervio supuesto homogéneo.

Se dividen las neurosis motores de la laringe, en parálisis de causa central; parálisis por lesión de las ramas nerviosas vago-espinales, laríngeo superior é inferior; parálisis localizadas á un sólo músculo laríngeo; y en fin los espasmos de los músculos de la laringe.

Parálisis de origen central. Se distinguen dos grupos: parálisis cortico-bulbares y parálisis bulbares.—Etiología. Síntomas—Anatomía patológica. Diagnóstico. Pronóstico.

Parálisis de origen periférico.

1º Vago-espinal.—Etiología. Su trayecto largo y su situación anatómica explican sus frecuentes causas de alteración. Ciertos aneurismas (sub-clavia á la derecha, aorta á la izquierda), estrechez mitral, degeneraciones malignas, hipertrofias ganglionares pueden afectar al nervio vago. Heridas del cuello accidentales ó quirúrgicas.—Síntomas. Exámen laringoscópico; trastornos de la voz y de la respiración.

2º Parálisis ocasionadas por lesión del laríngeo superior. Este es un nervio motor por su rama externa y sensitivo por la interna. Etiología: laringitis catarrales intensas agudas; difteria, histeria, hipertrofia ganglionar etc.

Síntomas: anestesia de la mucosa laríngea y aun de la garganta; trastornos vocales por falta de función del ó de los músculos crico-tiroideos. Exámen laringoscópico: mucosa normal; emitiendo la vocal *é*, las cuerdas vocales son flácidas y forman una linea ondulada característica. Pronóstico. Tratamiento.

3º Parálisis recurrenciales. — Etiología. Pueden ser centrales, periféricas y tóxicas ó infecciosas. De las 1as. nos hemos ocupado ya; las 2as. ó periféricas pueden producirse por aneurismas de la aorta (nervio izquierdo) ó de la sub-clavia (nervio derecho); por induración del vértice pulmonar derecho; las lesiones mitrales (estenosis) pueden determinar parálisis recurrencial. Los tumores del esófago, los cánceres, las lesiones del cuerpo tiroides, los ganglios del cuello, y bronquiales hipertróficos, la hipertrofia del timo etc. pueden originar compresiones recurrenciales uni- ó bilaterales. Las neumonias de vértice derecho y los derrames pericárdicos pueden ocasionar parálisis. Entre las causas tóxicas uni ó mas frecuentemente bilaterales, citaremos, la intoxicación saturnina, la difteria, la fiebre tifoidea, la sífilis, el reumatismo y la gripe, la blenorragia, la puerperalidad y la tuberculosis. Estas causas determinan una verdadera neuritis del recurrente. Síntomas. Parálisis dobles ó bilaterales. Parálisis uni-laterales. Anatomía patológica.—Patogenia. Ley de Semon.—Marcha—Duración— Diagnóstico—Pronóstico.

Parálisis aisladas de los grupos dilatores y constrictores. No se observa sino en la histeria, y es bilateral. Síntomas. Exámen laringoscópico.

Parálisis aisladas de los músculos de la laringe.—Etiología general: las causas pueden ser de origen central, neuritis periféricas ó consecutivas a miopatías primitivas; la histeria juega un gran papel.—Parálisis del crico-aritenoideo lateral: síntomas; exámen y aspecto laringoscópico. —Parálisis del tiro-aritenoideo: síntomas; exámen laringoscópico; diagnóstico; pronóstico. Parálisis del aritaritenoideo: síntomas, exámen laringoscópico; diagnóstico; pronóstico.

Tratamiento de las parálisis laríngeas. Tratamiento general: debe dirigirse á la causa que las produce. Trata-

miento local: si la causa es inflamatoria, combatiendo esta se curará la parálisis: se agregará ya el masaje exterior, ya la electrización con corrientes farádicas ó galvánicas. Técnica de la electrización: externa, con los dos polos aplicados á los lados de la laringe; ó uno de los electrodos es externo y el otro interno en la laringe; ó interna sola, empleando un electrodo bipolar intra-laríngeo. Si hubieran trastornos respiratorios muy acentuados puede hacerse la traqueotomía.

Espasmos de los músculos de la laringe.

Se designa así una contracción pasajera ó durable, de todos ó una parte solamente, de los músculos de la laringe. Se les puede clasificar en : 1º espasmos funcionales; 2º espasmos por irritación directa; 3º de origen periférico; 4º de origen central; 5º reflejos; 6º debidos á una afección general.

1º. Espasmos funcionales de los músculos fonadores. Es una especie de calambre profesional de los músculos de la voz. Etiología. Síntomas: exámen laringoscópico. Marcha. Duración. Pronóstico. Diagnóstico- Tratamiento: Voz eunucoide. Es una especie de desorganización vocal por asinergia de los músculos que presiden el movimiento de las cuerdas vocales durante la fonación (Moure). Tratamiento.

2º. Espasmos por irritación directa. Se observan en el curso de la inflamación aguda de la mucosa vocal, en los enfermos nerviosos y particularmente en los niños. Los tumores laríngeos pediculados, los cuerpos extraños de las vías aéreas, pueden determinarlos. Síntomas. Marcha. Duración. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento.

3º. Espasmos de origen periférico. Son la consecuencia de la irritación mas ó menos viva de los pneumogástricos ó de sus ramas recurrentes. Etiología. Es la primera etapa de la parálisis recurrencial. Síntomas. Marcha. Pronóstico—Diagnóstico. Tratamiento.

4º. Espasmos de origen central. Se observan en cierto número de afecciones de los centros nerviosos: sífilis espinal, tumores ó hemorragias cerebrales, parálisis saturninas, epilepsia, parálisis pseudobulbar, parálisis general progresiva, esclerosis en placas, tabes.. Síntomas: se presenta bajo tres formas: los accesos de tos espasmódica

simple; los accesos de sofocación acompañados de pérdida de conocimiento; la forma siderante, apoplética con asfixia. Marcha. Duración. Pronóstico. Anatomía patológica. Diagnóstico. Tratamiento.

5º Espasmos reflejos. Etiología. Se les observa en los casos de irritación ó lesiones del oído, estómago, útero y fosas nasales. Síntomas. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento.

6º. Espasmos debidos á una afección general. Tos nerviosa y corea de la laringe. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Vértigo laríngeo. Etiología. Síntomas. Patogenia. Diagnóstico. Tratamiento.

Trastornos histéricos de la laringe.

Afonía histérica. Etiología. Síntomas. Marcha. Duración. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento.

Espasmo laríngeo histérico. Es inspiratorio ó expiratorio. Síntomas. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento.

Hiperestesia histérica. Síntomas. Tratamiento.

Anestesia histérica. Síntomas. Tratamiento.

Defectos de emisión, de pronunciación y de respiración.

Los defectos de emisión son: la tartamudez; la mudéz y la afonaudivia. Síntomas, tratamiento.

Los vicios de pronunciación se subdividen en fonéticos y de articulación. Entre los fonéticos: la balbucencia, la farfulla, la rinolalia y el cerramiento. Entre los de articulación: el tartajeo, el ceceo y seseo, el sisismo, el sigmatismo, el yeismo y el rotacismo.

XV *Laringología operatoria.*

Preparativos operatorios.—Anestesia local; inyecciones sub-mucosas. Instrumentos y técnica. Accidentes de la cocainización. Tropocaina. Eucaina. Novocaina. Anestesia prolongada de la laringe por el método de Hoffmann. Antipirina. Ortoformo. Anestesia. Adrenalina. —Anestesia general. Bromuro y cloruro de étilo.

Asepsia y antisepsia. La desinfección.

Desinfección del operador. Desinfección de los asistentes. Desinfección del enfermo. Desinfección y esterilización de los instrumentos. Esterilización de las geringas

y cánulas. Esterilización de los objetos de curación y de las soluciones medicamentosas.

Complicaciones en el curso de las operaciones endo-laríngeas. Hemorragias. Crisis espontáneas de sofocación. Traquetomía de urgencia.

Tratamiento post-operatorio.

Principios generales de cirugía endo-laríngea.

Instrumentos para las operaciones endo-laríngeas y técnica operatoria. Cuchillos laríngeos. Guillotina. Doble cureta. Cureta cortante. Pinzas laríngeas. Pinzas á *écrasement* para pólipos. Asa fría.

Manual operatorio del curetaje de la laringe.

Epiglotis artificial.

Tubaje de la laringe. Su técnica.

Dilatación de la laringe por vía endo-laríngea.

Operaciones exo-laríngeas.

Traqueotomía. Indicaciones. Instrumentos. Técnica operatoria: en el niño; en el adulto.

Crico-traqueotomía. su técnica.

Laringotomía inter-crico-tiroidea: su técnica.

Tirotomía ó laringo-fisura: su técnica, indicaciones

Laringostomía: sus indicaciones; técnica operatoria; cuidados post-operatorios.

Laringectomía. Hemi-laringectomía. Laringectomía total. Técnica operatoria. Técnica de Gluck. Técnica de Sebileau. Laringectomía en dos tiempos. Operaciones auto plásticas. Aparatos protéticos: fonadores; deglutidores; y fono-deglutidores.

TRAQUEA

XVI Anatomía de la tráquea. Es la porción del árbol aéreo que se extiende desde la laringe hasta la bifurcación de los bronquios derecho é izquierdo. Su forma. Dimensiones. Sus relaciones. Estructura. Vasos y nervios.

Fisiología de la tráquea. Traqueoscopia. Traqueobroncoscopia. Su técnica.— Radioscopia y radiografía.— Auscultación. Signos funcionales: disnea; tos.

XVII *Afecciones de la tráquea,*

Traquetis aguda. Etiología, Síntomas, Diagnóstico. Pronóstico. Tratamiento.

Traquetis crónica. Etiología. Síntomas. Tratamiento.

Tumores benignos de la tráquea. Etiología. Síntomas. Pronóstico. Diagnóstico. Tratamiento.

Tumores malignos de la tráquea. Cancer traqueal. Etiología. Síntomas. Pronóstico. Tratamiento.

Sífilis de la tráquea. Etiología: estas manifestaciones son raras y sobrevienen durante el 2º y 3er. periodo. Síntomas. Diagnóstico. Anatomía patológica. Las ulceraciones sífilíticas producen ordinariamente estenosis, tratamiento: antisifilítico; dilatación.

Estrecheces de la tráquea. Etiología: es la sífilis la causa mas frecuente; los tumores traqueales ó de la vecindad. Síntomas. Anatomía patológica. Diagnóstico. Tratamiento.

Tuberculosis traqueal. Etiología: es consecutiva á la tuberculosis pulmonar. Síntomas. Anatomía patológica. Diagnóstico. Tratamiento: general y local por instilaciones medicamentosas con la jeringa laríngea.

Heridas de la tráquea. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento.

Traquecele. Etiología. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento.

Cuerpos extraños de la tráquea y de los bronquios. Etiología. Anatomía patológica. Síntomas. Diagnóstico. Tratamiento: de urgencia: en presencia de accesos de sofocación inmediata, la traqueotomía es obligatoria; extracción del cuerpo extraño despues de establecido el diagnóstico: se practicará con los tubos de Killian.

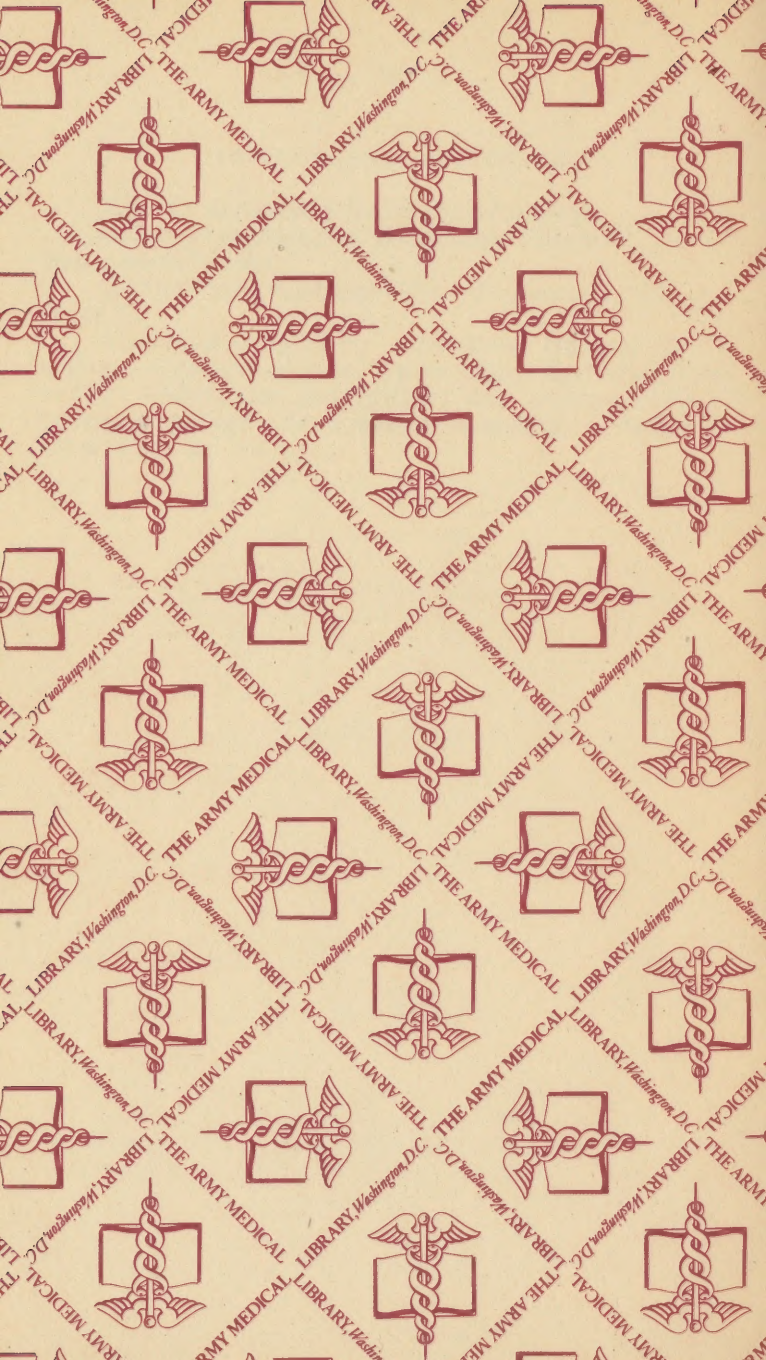
ENFERMEDADES DEL ESOFAGO.

XVIII *Anatomía y fisiología del esófago.*

Modos de exploración del esófago. Palpación, percusión y auscultación.

Cateterismo. Esofagoscopia. Exploración con los rayos X.

Afecciones congénitas.—Afecciones traumáticas del esófago—Cuerpos extraños del esófago—Estrecheces del esófago—Afecciones neuropáticas del esófago—Dilataciones del esófago—Divertículos del esófago—Afecciones neoplásicas del esófago.





MAY 1943

11

NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE



NLM 00120927 6